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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 422/2026-CGADOM/DAHUD/SAES/MS/CGAH/DAHUD/SAES/MS/CGURG/DAHUD/SAES/MS/REDE-ALYNE/DAHUD/SAES

1. ASSUNTO

1.1. Recomendações para a articulação do Serviço de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa, no âmbito da Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde, com a Rede de Atenção à Saúde no cuidado substitutivo ou complementar à internação hospitalar, na transição do cuidado hospital-domicílio (desospitalização) ou de qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde para o domicílio, no contexto de prevenção de internações hospitalares e na continuidade assistencial.

2. OBJETIVO E ABRANGÊNCIA

2.1. Orientar as equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) habilitadas no Programa Melhor em Casa (PMeC) e seus respectivos gestores sobre práticas de articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para ofertar cuidado domiciliar substitutivo à internação hospitalar a pessoas de todas as faixas etárias, observadas as atribuições dos serviços, os critérios de elegibilidade, a abrangência territorial e os fluxos vigentes.

2.2. Qualificar as transições assistenciais pré e pós-hospitalares, com acompanhamento compartilhado pelos profissionais integrantes de ambos os locais, reavaliação das necessidades e articulação com outros serviços da RAS ou modalidades de atenção à saúde, favorecendo a continuidade assistencial, a prevenção de internações, o acesso oportuno a leitos hospitalares e a humanização do cuidado.

2.3. As recomendações contemplam dois percursos de acesso ao SAD no âmbito do PMeC:

a) acesso a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), dos serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e de outros pontos de atenção à saúde, para atendimento domiciliar de necessidades compatíveis com os critérios de elegibilidade para a inclusão no SAD/PMeC, em relação à substituição da internação hospitalar. No caso dos serviços ambulatoriais especializados, o encaminhamento é articulado por meio da APS de referência, admitindo-se fluxo direto pactuado localmente com comunicação concomitante à APS nos casos tempo-sensíveis.

b) Desospitalização (transição do cuidado hospital-domicílio), para continuidade da assistência de pessoas que apresentam necessidade de receber cuidado após a alta hospitalar, quando esse cuidado é possível de ser realizado no domicílio.

2.4. Estas recomendações observam as competências da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na execução tripartite do PMeC (arts. 545-B a 545-E da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017) e os fluxos pactuados nas instâncias de gestão do SUS. Não criam obrigações, metas ou exigências de envio de informações e não alteram os critérios de habilitação, custeio e monitoramento do Programa previstos nas normas vigentes. [1, 20, 21]

3. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO

3.1. Esta Nota Técnica reúne orientações para identificar pessoas elegíveis ao SAD/PMeC cujas necessidades assistenciais, na ausência do cuidado domiciliar, demandariam internação ou permanência hospitalar. Orienta a transição segura e a continuidade do cuidado no domicílio, com assistência compatível com as necessidades do usuário e articulação entre os serviços da RAS.

3.2. A Atenção Domiciliar, no âmbito da Atenção Especializada, integra tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, prevenção de agravos e suporte ao cuidador para pessoas elegíveis às modalidades de atenção domiciliar (AD) AD2 e AD3. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e as normas do SAD/PMeC fundamentam sua atuação complementar à APS e aos serviços de urgência e emergência, assim como substitutiva à internação hospitalar, observados os critérios vigentes. Essa atuação abrange a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e a assistência a pessoas identificadas nos demais pontos da rede. [1, 2, 6]

3.3. A desospitalização exige planejamento compartilhado entre a rede hospitalar, SAD, APS e demais serviços necessários. A Política Nacional de Atenção Hospitalar compreende a alta responsável como transferência do cuidado, enquanto a Política Nacional de Atenção Básica sustenta o vínculo e o acompanhamento longitudinal no território. As normas do Programa e da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) orientam essa articulação, incluindo os núcleos internos de regulação, as estruturas hospitalares de gestão da alta, as UPA e o SAMU 192, conforme os fluxos assistenciais e a regulação existentes. [1, 3, 4, 5]

3.4. A continuidade assistencial deve considerar as necessidades clínicas, funcionais e sociais, as vontades e escolhas do usuário e as condições para o cuidado seguro no domicílio. A Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente e o Estatuto dos Direitos do Paciente subsidiam a prevenção de danos, a comunicação entre serviços e a participação do usuário e de sua rede de apoio nas decisões sobre a transição do cuidado. [1, 2, 13, 18]

3.5. As políticas nacionais de atenção às pessoas com doenças raras, de cuidados paliativos e de prevenção e controle do câncer subsidiam a continuidade assistencial entre os serviços hospitalares, domiciliares e especializados. Na desospitalização, o planejamento deve considerar a complexidade clínica e funcional, as necessidades de reabilitação e suporte tecnológico, o alívio do sofrimento e os objetivos terapêuticos, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aplicáveis e a avaliação individual. [10, 12, 28]

3.6. O cuidado domiciliar de crianças e adolescentes deve favorecer a continuidade após a alta e a prevenção de hospitalizações, considerando crescimento, desenvolvimento, participação nas rotinas familiares e escolares e necessidades de proteção. Essa abordagem encontra respaldo na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e no Estatuto da Criança e do Adolescente, observados os critérios de elegibilidade ao SAD. [22, 23, 24]

3.7. O cuidado domiciliar da pessoa idosa deve preservar capacidade funcional, autonomia e independência, com apoio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. No âmbito da APS, o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), onde implantado, pode contribuir para identificar agudizações e outras necessidades de maior complexidade e subsidiar a articulação do encaminhamento ao SAD/PMeC, quando pertinente, conforme os critérios de elegibilidade e a organização local. O acompanhamento compartilhado deve favorecer a prevenção de hospitalizações e a continuidade do cuidado após a alta. [25, 26]

3.8. A articulação do SAD com a rede de atenção materna e infantil, por meio da Rede Alyne, deve favorecer a continuidade e a integralidade do cuidado de gestantes, puérperas e recém-nascidos, incluindo aqueles que apresentam necessidades assistenciais compatíveis com a atenção domiciliar após a alta hospitalar. Essa articulação deve considerar as especificidades do cuidado materno e neonatal, as condições clínicas e funcionais, a necessidade de

acompanhamento multiprofissional e a organização dos fluxos entre maternidades, unidades neonatais, APS e demais pontos da RAS. O planejamento da transição do cuidado deve contemplar a identificação oportuna das necessidades assistenciais, a orientação à mulher e à família, o apoio ao aleitamento materno e à alimentação do recém-nascido, quando pertinentes, e a identificação de sinais de alerta que demandem reavaliação ou encaminhamento para serviços de referência, observados os critérios de elegibilidade e as atribuições dos serviços envolvidos. A atuação articulada deve contribuir para a prevenção de internações evitáveis, a redução de descontinuidades assistenciais e a promoção de um cuidado humanizado, seguro e equitativo, em consonância com os princípios e diretrizes da Rede Alyne e da PNAISC. [27, 22]

3.9. A equidade exige reconhecer condições de vulnerabilidade social e enfrentar barreiras territoriais, culturais, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual e de acessibilidade que interfiram na alta e na continuidade assistencial. As políticas de promoção da equidade em saúde subsidiam o planejamento conforme as condições de vida e de acesso aos serviços. [20, 29, 30, 31]

3.10. A Política Nacional de Cuidados reconhece o cuidado como direito e orienta a corresponsabilização entre Estado, famílias, setor privado e sociedade civil. No contexto da desospitalização, seus fundamentos apoiam a atenção às condições da pessoa cuidadora, o reconhecimento do cuidado e a articulação intersetorial para reduzir a sobrecarga e favorecer condições adequadas à continuidade do cuidado no domicílio. [19, 15]

3.11. A telessaúde subsidia a articulação entre hospital, SAD, RUE, APS e serviços de referência na prevenção de internação hospitalar e no planejamento da desospitalização e na continuidade assistencial. Seu emprego deve complementar o cuidado presencial, apoiar a discussão de casos e as orientações ao usuário e ao cuidador, respeitando a segurança, a privacidade, a acessibilidade e as condições de comunicação, conforme as normas do Programa (art. 553-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017) e a Lei nº 14.510/2022. [1, 32]

4. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA E AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE

4.1. Recomenda-se identificar pessoas com necessidades de cuidado domiciliar em substitutivo à internação hospitalar nos hospitais, na APS, nos serviços da RUE, nos ambulatórios especializados e nos demais pontos da RAS, com encaminhamento para avaliação pelo SAD/PMeC conforme os fluxos locais. A solicitação de avaliação independe de internação hospitalar prévia.

4.2. Para pessoas hospitalizadas, recomenda-se iniciar a avaliação da elegibilidade ao SAD durante a internação, em articulação com as equipes assistenciais, os núcleos internos de regulação e as estruturas hospitalares de gestão da alta, quando existentes, para planejar a transição segura ao domicílio. [1, 4]

4.3. Recomenda-se priorizar a avaliação pelo SAD das pessoas com internações recorrentes ou uso frequente dos serviços da RUE. Quando atenderem aos critérios de elegibilidade, esses usuários devem receber acompanhamento pelo SAD pelo tempo necessário às suas demandas assistenciais, inclusive de longa duração, sem prazo de alta previamente fixado, com cuidado compartilhado e manutenção do vínculo longitudinal com a APS. O planejamento conjunto deve contemplar os fatores associados às recorrências, a identificação de agudizações e a prevenção de novas hospitalizações, com reavaliação periódica das necessidades e da continuidade no serviço, definindo-se a transição de volta ao acompanhamento exclusivo pela APS quando alcançada a estabilização clínica e funcional compatível com esse ponto de atenção.

4.4. Na modalidade AD2, o art. 539 contempla usuários que necessitam de cuidados multiprofissionais transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, nas seguintes condições: [1]

a) Afecções agudas ou crônicas agudizadas que demandem cuidados sequenciais, tratamentos parenterais, incluindo administração de medicamentos, ou outros procedimentos frequentes, bem como reabilitação, considerando as oportunidades de recuperação e o início oportuno das

intervenções.

b) condições que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados.

c) prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou procedimentos sequenciais.

4.5. Na modalidade AD3, a avaliação deve considerar as condições e necessidades previstas no art. 540, incluindo cuidado predominantemente multiprofissional associado a equipamentos ou procedimentos de maior complexidade. O dispositivo cita ventilação mecânica invasiva e não invasiva, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, diálises, drenagens repetidas, cuidados paliativos em fase final de vida e condições crônico-degenerativas progressivas. Também contempla procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva. [1]

4.6. A avaliação deve observar as situações de inelegibilidade previstas no art. 544, entre elas a necessidade clínica de assistência profissional presencial permanente, a instabilidade hemodinâmica ou respiratória ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata e a residência em município não habilitado para o SAD/PMeC, observadas as exceções previstas no próprio dispositivo. Nessas situações, recomenda-se articular o encaminhamento ao serviço compatível com as necessidades do usuário, incluindo a atenção hospitalar e a RUE, conforme indicação e fluxos vigentes, observando-se as pactuações regionais para usuários atendidos em hospitais de referência fora de seu município de residência. [1]

4.7. A avaliação deve contemplar:

a) condição clínica e necessidades de tratamento.

b) diagnósticos funcionais e necessidades de reabilitação.

c) frequência, intensidade e complexidade do cuidado multiprofissional.

d) condições do local de residência e recursos necessários à assistência.

e) presença de cuidador, quando necessária, suas capacidades de cuidado e sua rede de apoio.

f) situações de vulnerabilidade e barreiras de acesso.

g) disponibilidade de retaguarda e condições de resposta às intercorrências.

h) concordância do usuário ou de seu responsável legal, conforme a situação.

4.8. Deve-se empregar o Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) para a avaliação multiprofissional e decisão de elegibilidade, integrado à análise das condições clínicas e funcionais do usuário, do suporte do cuidado, da residência e da RAS local. [1, 6, 7]

4.9. Recomenda-se que a avaliação e a classificação da funcionalidade subsidiem a identificação de pessoas com condições de continuidade do cuidado no domicílio após a alta ou de acompanhamento domiciliar substitutivo à internação hospitalar. O grau de comprometimento funcional, os riscos e as necessidades de apoio devem orientar a definição do ponto de atenção da RAS, a frequência e a intensidade das intervenções, em conjunto com a avaliação clínica e social e os critérios de elegibilidade vigentes. [11]

4.10. A classificação do nível de complexidade de cuidado deve considerar o conjunto dos critérios normativos e as necessidades clínicas, funcionais e assistenciais. O diagnóstico ou uso isolado de equipamento não constituem critério suficiente para enquadramento automático em AD3. [6]

5. DESOSPITALIZAÇÃO

5.1. Para fins desta Nota Técnica, a desospitalização compreende o processo planejado de transição do cuidado hospitalar para outros pontos da RAS, especialmente a transição hospital-domicílio, quando as necessidades assistenciais permitirem sua continuidade segura fora do

hospital. Essa compreensão se apoia na alta hospitalar responsável, prevista no art. 17 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, com orientação ao usuário e à família e articulação entre os serviços. [4]

5.2. O art. 549, § 7º, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 estabelece a vinculação das EMAD e EMAP a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 horas diárias, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência. Recomenda-se fortalecer sua atuação integrada com as equipes desses estabelecimentos, especialmente nos hospitais de referência, para identificação de pessoas elegíveis e planejamento da continuidade assistencial. [1]

5.3. Para EMAD e EMAP vinculadas a outros estabelecimentos, nas condições previstas no art. 549, § 8º, recomenda-se organizar busca ativa, visitas hospitalares e discussão de casos com a regulação e a gestão da alta. A localização em UBS ou unidades próprias deve preservar a natureza especializada da assistência prestada pelo SAD e sua articulação com os demais pontos da RAS. [1, 2]

5.4. Recomenda-se iniciar a identificação de pessoas elegíveis ao SAD durante a hospitalização, articulando equipes assistenciais, núcleos internos de regulação, estruturas hospitalares de gestão da alta, equipes de Atenção Domiciliar e equipes de cuidados paliativos, quando presente. [1, 4]

5.5. O planejamento da desospitalização deve distinguir as necessidades que ainda exigem permanência hospitalar daquelas compatíveis com atendimento no domicílio, incluindo continuidade do tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, prevenção de agravos e suporte ao cuidador.

5.6. Recomenda-se que o planejamento da desospitalização envolva a equipe hospitalar, a equipe do SAD/PMeC responsável pela avaliação e pelo acompanhamento, conforme suas atribuições normativas, a APS e os demais serviços necessários à continuidade assistencial, com participação do usuário, da família e do cuidador, quando pertinente.

5.7. Recomenda-se que o serviço de origem compartilhe as informações clínicas e funcionais relevantes, os cuidados em curso e as razões para o encaminhamento. Ao SAD cabe avaliar a elegibilidade e as condições para assistência segura no domicílio, com participação da EMAP ou da EMAP-R conforme suas atribuições e indicação. As equipes devem pactuar as responsabilidades e orientar o usuário, a família e o cuidador, quando pertinente, mantendo a articulação com a APS e os demais pontos da RAS.

5.8. Recomenda-se integrar a avaliação do Serviço Social ao planejamento, conforme a organização das equipes e da rede, para analisar condições de vida, disponibilidade de suporte ao cuidado, vínculos e acesso à proteção social.

5.9. Nos casos elegíveis, a organização do cuidado domiciliar deve considerar as intervenções necessárias, a capacidade de atendimento da equipe e as condições para continuidade segura da assistência ao substituir a internação hospitalar.

5.10. Antes da transição do cuidado, recomenda-se verificar:

a) compatibilidade das necessidades assistenciais com o cuidado domiciliar.

b) condições de recebimento do usuário no local de residência.

c) disponibilidade e funcionamento dos equipamentos e materiais prescritos, observadas as responsabilidades de provimento pactuadas entre os entes federativos na respectiva Região de Saúde.

d) organização do acompanhamento e da retaguarda.

e) compreensão das orientações pelo usuário e pelo cuidador.

f) compartilhamento das informações necessárias à continuidade assistencial.

g) preparo do usuário e do cuidador para os cuidados previstos no domicílio, com verificação

prática da aprendizagem, quando pertinente.

h) acesso aos medicamentos, insumos e demais recursos necessários desde o início da assistência domiciliar, conforme os fluxos de dispensação e as competências pactuadas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

i) condições para transporte seguro do usuário ao domicílio, conforme as necessidades clínicas, de mobilidade e de suporte tecnológico, de acordo com a responsabilidade pactuada entre o serviço de origem e os fluxos locais de transporte sanitário.

j) contatos das equipes, sinais de alerta e orientações para acionamento da retaguarda para serviços de urgência e emergência.

5.11. Para usuários em suporte ventilatório, o planejamento da transferência deve assegurar a continuidade do suporte durante o transporte e na chegada ao domicílio. Antes da saída hospitalar, recomenda-se confirmar a instalação e o funcionamento do ventilador destinado ao uso domiciliar, sua adequação à finalidade de uso, à prescrição e ao grau de dependência ventilatória do usuário, bem como organizar a passagem entre os equipamentos, quando necessária. [14, 35]

5.12. As informações compartilhadas devem incluir resumo clínico, diagnóstico clínico e funcional, prescrições, resultados relevantes de exames, objetivos terapêuticos, procedimentos necessários, orientações ao usuário e ao cuidador e condutas para intercorrências. Recomenda-se realizar a conciliação medicamentosa, com registro dos medicamentos mantidos, alterados ou suspensos e das orientações para continuidade do tratamento no domicílio.

5.13. Quando a desospitalização envolver admissão no SAD, recomenda-se que a alta hospitalar ocorra após a confirmação do acompanhamento, com compartilhamento das condutas, organização do início da assistência e definição da retaguarda. O encaminhamento para avaliação não substitui a assistência necessária até o início do atendimento domiciliar, que deve permanecer assegurada pelo serviço responsável pelo cuidado, em articulação com a rede. Quando não for possível confirmar o acompanhamento em tempo oportuno ou admitir a pessoa no SAD (por exemplo, por inelegibilidade, capacidade de atendimento ou abrangência territorial), recomenda-se que o caso seja discutido entre o hospital, o SAD, a regulação e a APS para a definição conjunta da alternativa mais segura, permanecendo o cuidado sob responsabilidade do serviço de origem até a efetiva transferência. [1, 4]

5.14. A equipe do SAD deve conhecer previamente a programação da alta hospitalar e organizar o primeiro atendimento domiciliar conforme o risco e as necessidades identificadas. Nesse atendimento, recomenda-se verificar as condições previstas no planejamento da alta e ajustar o plano de cuidado quando necessário. As pendências devem ser registradas e encaminhadas aos responsáveis pelos fluxos existentes.

5.15. A desospitalização com admissão no SAD preserva a responsabilidade da APS pelo vínculo e pelo acompanhamento longitudinal do usuário no território. O cuidado deve permanecer compartilhado entre as equipes, com planejamento conjunto, comunicação regular e definição das responsabilidades durante a assistência domiciliar e na transição após a alta do SAD. [1, 3]

5.16. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP – Portaria GM/MS nº 3.390/2013), o Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface do hospital com as Centrais de Regulação e é recomendado para o gerenciamento de leitos. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 prevê a articulação das equipes do SAD/PMeC com os núcleos internos de regulação dos hospitais e o alinhamento de fluxos de alta e de transferência (art. 548-B, incisos I e II). Nesse contexto, recomenda-se que o NIR, onde existente, participe da identificação precoce de pessoas potencialmente elegíveis (AD2/AD3) e da articulação com a regulação e com o SAD, favorecendo tempo adequado para o preparo da transição, incluindo a orientação e o preparo prático do usuário e do cuidador para os cuidados no domicílio, conforme a organização hospitalar e os fluxos pactuados. [1, 4]

5.17. Quando prevista nas normas do Programa e disponível localmente, a telessaúde pode apoiar a discussão de casos entre o hospital e o SAD durante o planejamento da alta, a

orientação ao usuário e ao cuidador e o acompanhamento inicial após a transição, complementando o cuidado presencial e respeitada a indicação de atendimento presencial sempre que necessário. [1, 32]

6. PREVENÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

6.1. Recomenda-se organizar a atuação integrada da APS, dos serviços especializados, do SAD e da RUE para identificar pessoas com condições agudas ou crônicas agudizadas cujas necessidades assistenciais sejam compatíveis com cuidado domiciliar no âmbito da atenção especializada, observados os critérios de elegibilidade e os fluxos locais. [1, 3, 5]

6.2. Na APS, recomenda-se identificar eventos agudos, agudizações de condições crônicas e aumento das necessidades assistenciais (como maior frequência de visitas, seguimento conforme PCDT ou maior densidade tecnológica) que justifiquem avaliação pelo SAD. O encaminhamento deve apresentar as condições clínicas e funcionais, os cuidados em curso e os motivos da solicitação, para subsidiar a avaliação e o planejamento compartilhado. [1, 3]

6.3. Nos serviços ambulatoriais especializados, incluindo clínicas, ambulatórios hospitalares, policlínicas e Centros Especializados em Reabilitação (CER), recomenda-se identificar necessidades de cuidado domiciliar e comunicá-las à APS de referência. Recomenda-se que a APS articule a solicitação de avaliação pelo SAD, com compartilhamento das informações pelo serviço especializado e manutenção de seu acompanhamento, quando indicado, admitindo-se o acionamento direto do SAD com comunicação simultânea à APS nas situações clínicas tempo-sensíveis definidas nos fluxos regionais pactuados. Esse fluxo deve respeitar a organização local e a oportunidade da assistência.

6.4. A articulação entre o serviço especializado, a APS e o SAD deve favorecer resposta em tempo compatível com a necessidade clínica. A tramitação do encaminhamento não deve retardar o atendimento de urgência ou a assistência hospitalar quando indicados.

6.5. Para pessoas já admitidas no SAD, é necessário identificar precocemente alterações clínicas e funcionais, agudizações e novas necessidades de cuidado que possam prevenir internação. Nessas situações, a equipe deve reavaliar o usuário e atualizar o PTS, com ajuste das intervenções, da frequência de visitas e da participação dos profissionais, em articulação com a APS e os serviços de referência. O planejamento deve buscar o manejo seguro no domicílio e a prevenção de encaminhamentos evitáveis à RUE e ao hospital, com acionamento da retaguarda quando necessário. [1]

6.6. Nas UPA e nos demais serviços da RUE, recomenda-se avaliar, após o atendimento inicial e a estabilização clínica, a possibilidade de continuidade do tratamento no domicílio para pessoas que, de outro modo, necessitariam de internação hospitalar. A indicação exige avaliação pelo SAD, atendimento aos critérios de elegibilidade e condições para assistência domiciliar segura. [1, 5]

6.7. A transição da UPA ou de outro serviço da RUE para o domicílio recomenda-se que ocorra após a confirmação do acompanhamento pelo SAD/PMeC, com transferência das informações assistenciais, definição das condutas, programação do início do atendimento e organização da retaguarda. Recomenda-se que a APS de referência participe do planejamento da continuidade do cuidado. [1, 3, 5]

6.8. As Centrais de Regulação das Urgências (CRU) desempenham papel estratégico ao prestar orientações médicas que reduzem a necessidade de transporte pelo SAMU 192 e, consequentemente, mitigam internações hospitalares evitáveis. Na mesma linha, as equipes de campo do SAMU 192 podem articular-se com a CRU quando o quadro do paciente for resolvido em cena, viabilizando a alta no local com as devidas orientações, sem necessidade de deslocamento a UPAs 24h ou hospitais. Para potencializar essa dinâmica, recomenda-se que, conforme a pactuação na RUE e nas instâncias regionais de gestão, as CRUs possam incorporar às suas matrizes de referência as equipes do SAD/PMeC, permitindo a discussão de

casos, o acionamento célere e o acompanhamento compartilhado. [1, 5]

6.9. É necessário registrar as avaliações, as alterações do PTS, as condutas e os encaminhamentos e assegurar o acesso às informações necessárias pelos profissionais envolvidos no cuidado, conforme os recursos de comunicação da rede, o sigilo e as regras de proteção de dados. A análise compartilhada das idas à RUE e das eventuais internações deve subsidiar ajustes no cuidado e nos fluxos assistenciais para prevenção de novas internações. [34]

7. CUIDADO COMPARTILHADO E SUPORTE À CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

Integração entre equipes e serviços

7.1. No acompanhamento realizado pelas equipes de atenção domiciliar no âmbito da atenção especializada, a EMAD constitui a equipe referência para o planejamento e a prestação do cuidado pelo SAD. Conforme indicação clínica e planejamento conjunto, a EMAP participa desse processo, como apoio às EMAD. Ao que se refere à atuação da EMAP-R, deve-se observar suas atribuições e os fluxos territoriais. A APS mantém o acompanhamento longitudinal e compartilha o Projeto Terapêutico Singular (PTS). [1, 9]

7.2. Recomenda-se manter a articulação com os serviços especializados necessários, incluindo Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros Especializados em Reabilitação (CER), maternidades, unidades neonatais e pediátricas e referências para doenças raras, conforme as necessidades do usuário. A admissão no SAD deve preservar o seguimento especializado indicado e o compartilhamento das condutas. Ressalta-se que, nos percursos que não partem de internação hospitalar, o fluxo adequado entre estes pontos da RAS e a atenção domiciliar perpassa o contato com a APS, sendo ela, caso se aplique, a responsável por articular o encaminhamento do usuário ao SAD**,** ressalvadas as situações tempo-sensíveis com fluxo direto pactuado regionalmente e comunicação concomitante à APS. [10, 27, 28]

7.3. O planejamento deve considerar as particularidades de cada ciclo de vida. Para crianças e adolescentes, incluindo aqueles com doenças raras, condições crônicas complexas ou permanentes, recomenda-se contemplar desenvolvimento, funcionalidade, nutrição, comunicação e participação nas rotinas familiares e educacionais, conforme os PCDT aplicáveis. Para pessoas idosas, devem-se considerar capacidade funcional, autonomia e necessidades de apoio, em articulação com a APS e o Padi, onde implantado. [22, 23, 24, 25, 26, 28]

7.4. Recomenda-se que os SAD e os serviços de referência com experiência e capacidade instalada apoiem as equipes do território por meio de discussão de casos, avaliações compartilhadas, educação permanente e matriciamento. A telessaúde deve complementar o cuidado presencial e apoiar essa articulação, respeitadas as atribuições, a abrangência territorial, a acessibilidade e os fluxos existentes. [1, 32]

Reabilitação e cuidados paliativos

7.5. Deve-se identificar as necessidades de reabilitação durante o planejamento da alta hospitalar e nas avaliações realizadas no território, com início oportuno das intervenções, conforme as condições clínicas e funcionais. Os objetivos devem contemplar recuperação, manutenção ou adaptação funcional, prevenção de complicações e participação nas atividades cotidianas. A indicação de reabilitação deve integrar a avaliação multiprofissional e os critérios de elegibilidade ao SAD. [1, 11]

7.6. A frequência e a intensidade das intervenções devem decorrer da avaliação profissional e do planejamento compartilhado no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Recomenda-se registrar a evolução clínica e funcional e reavaliar as decisões sobre continuidade, alta ou transição, com definição do serviço responsável pelo seguimento e comunicação entre as equipes. [11]

7.7. Torna-se necessário integrar os cuidados paliativos e a reabilitação paliativa conforme as necessidades de pessoas com doenças ou condições que ameacem ou limitem a vida. O

planejamento deve contemplar o alívio de sintomas, a comunicação compreensível, as decisões compartilhadas, a proporcionalidade das intervenções e o suporte ao usuário, à família e ao cuidador. As intervenções de reabilitação devem considerar metas de conforto, autonomia, recuperação ou manutenção da funcionalidade, adaptação às perdas e participação nas atividades valorizadas pelo usuário, conforme a evolução clínica, a tolerância e os objetivos pactuados no PTS, em articulação com a APS, os serviços de referência e as equipes de cuidados paliativos disponíveis. [12]

7.8. Na fase final de vida, o planejamento deve contemplar o manejo de sintomas, a retaguarda e as orientações para intercorrências, observada a previsão específica do art. 544, inciso V-A, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, incluindo as Diretivas Antecipadas de Vontade e as condições da equipe para alívio do sofrimento. [1, 33]

Condições sociais e acesso ao cuidado

7.9. Deve-se identificar barreiras de acesso, condições de moradia e disponibilidade de suporte familiar ou institucional que interfiram na continuidade segura do cuidado. A avaliação do Serviço Social, conforme a organização das equipes e da rede, deve apoiar a articulação com a assistência social, a educação, a habitação e outras políticas necessárias à proteção de direitos.

7.10. Pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e outros serviços de acolhimento devem ser avaliadas conforme suas necessidades e os critérios de elegibilidade. A instituição deve ser considerada local de residência para fins de avaliação e acesso, conforme a Nota Informativa nº 5/2025. [8]

7.11. Para pessoas em situação de rua ou com condições de moradia incompatíveis com o cuidado domiciliar seguro, deve-se articular alternativas assistenciais e de proteção social com a APS, a rede socioassistencial e as estratégias locais de acolhimento, conforme as atribuições dos serviços e os fluxos existentes. [31]

Preparação e suporte ao cuidador

7.12. Recomenda-se iniciar a preparação e o suporte ao cuidador durante o planejamento da desospitalização ou da admissão a partir do território e mantê-los durante o acompanhamento. As orientações relacionadas à educação em saúde devem abranger os cuidados previstos, o reconhecimento de sinais de alerta e o acionamento das equipes e da retaguarda, com demonstração prática e verificação da aprendizagem, quando pertinente, respeitadas as competências profissionais. [15]

7.13. O acompanhamento deve considerar as condições de saúde, a sobrecarga e a rede de apoio do cuidador, com inclusão das necessidades identificadas no PTS e articulação dos apoios disponíveis. [15]

8. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

8.1. Deve-se incorporar práticas de prevenção de riscos, comunicação segura e participação do usuário e do cuidador à desospitalização e ao cuidado domiciliar voltado à prevenção de internações, com fundamento na PNQSP e nos requisitos sanitários da RDC Anvisa nº 917/2024. [13, 14]

8.2. O planejamento assistencial deve contemplar:

a) identificação do usuário, alerta médico e conferência das informações compartilhadas entre os serviços.

b) conferência das prescrições e conciliação medicamentosa, com orientação sobre medicamentos mantidos, alterados ou suspensos.

c) disponibilidade e funcionamento dos equipamentos, medicamentos e materiais necessários desde o início do atendimento domiciliar.

d) prevenção de infecções, quedas, lesões por pressão e outros riscos identificados na

avaliação.

e) orientações sobre sinais de deterioração clínica, medidas previstas no plano de cuidado e acionamento da retaguarda.

f) comunicação sobre alterações nas condutas, prescrições e objetivos terapêuticos.

g) compreensão das orientações pelo usuário e pelo cuidador, com verificação prática da aprendizagem quando pertinente.

8.3. Antes da desospitalização, torna-se necessário verificar as condições para realização dos cuidados no local de residência, conforme o Plano de Atenção Domiciliar (PAD). As pendências que comprometam a segurança devem ser discutidas entre o serviço de origem e o SAD e encaminhadas aos responsáveis para resolução antes da transferência do cuidado, observadas as competências pactuadas entre as esferas de gestão na respectiva Região de Saúde. [14]

8.4. A atenção integral não pressupõe presença profissional permanente no domicílio. A definição da assistência deve decorrer da avaliação individual e do planejamento multiprofissional, observados os critérios de elegibilidade e a necessidade de encaminhamento a outro serviço quando os cuidados exigidos ultrapassarem as condições de atendimento domiciliar. [1, 16]

8.5. A organização da retaguarda deve definir os contatos da equipe, as referências para urgência, emergência e internação hospitalar e as condições de acionamento do serviço móvel de urgência, conforme os fluxos existentes. O usuário e o cuidador devem receber essas informações de forma compreensível e acessível. [1, 14]

8.6. Para usuários dependentes de equipamentos ou de outros recursos essenciais à manutenção do cuidado, recomenda-se registrar no PAD as medidas de contingência para falhas, interrupção de energia ou desabastecimento, observados os requisitos sanitários aplicáveis e os responsáveis pelo suporte. [14]

9. PRONTUÁRIO E REGISTROS ASSISTENCIAIS

9.1. O SAD deve manter prontuário domiciliar com registro das atividades de assistência direta ao usuário, desde a indicação até a alta ou o óbito, conforme o art. 14 da RDC Anvisa nº 917/2024. [14]

9.2. O prontuário deve conter os elementos exigidos pela RDC, incluindo identificação do usuário, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, fluxo de urgência e emergência, contatos do SAD e orientações para acionamento. Deve-se registrar também a avaliação de elegibilidade, os diagnósticos clínicos e funcionais, os objetivos terapêuticos, as orientações ao usuário e ao cuidador e as decisões compartilhadas. [14]

9.3. O PAD deve se articular ao PTS, com informações coerentes sobre intervenções, frequência de acompanhamento, profissionais envolvidos e retaguarda. Os profissionais devem registrar e assinar suas atividades conforme as normas aplicáveis.

9.4. Os registros da transição devem identificar o serviço de origem, as informações recebidas, exames prévios, a confirmação do acompanhamento pelo SAD, as responsabilidades pactuadas e a programação do primeiro atendimento. Deve-se documentar as pendências, as providências adotadas e a comunicação com a APS e os demais serviços envolvidos.

9.5. O prontuário admite formato físico ou eletrônico, sob guarda do SAD, conforme esclarece a Nota Informativa nº 1/2025. Deve-se assegurar aos profissionais envolvidos o acesso às informações necessárias ao cuidado, observados o sigilo, a proteção de dados pessoais e as regras de acesso. [16, 34]

9.6. As equipes devem registrar a assistência nos instrumentos vigentes do PMeC que alimentam o Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde (Siaps), conforme as normas de informação em saúde. Os procedimentos registrados devem corresponder à

assistência prestada e às regras da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. [17]

9.7. Os atendimentos por telessaúde devem integrar o prontuário, com registro da modalidade, data e horário, profissionais e participantes, finalidade, informações clínicas e funcionais relevantes, orientações, condutas e encaminhamentos. Deve-se registrar, quando pertinentes, os limites da avaliação remota, as intercorrências e a indicação de atendimento presencial ou reavaliação. [14, 32]

10. AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

10.1. Recomenda-se avaliar os processos de desospitalização e de prevenção de internações com base nos registros existentes e na discussão entre equipes e gestão, em consonância com o art. 548-B, inciso II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017. [1]

10.2. Como subsídio à avaliação local, sugere-se acompanhar a origem e os motivos dos encaminhamentos, os tempos até a avaliação e o início do atendimento, os motivos de não admissão, as barreiras às transições, a continuidade após a alta hospitalar, as idas à RUE, as internações posteriores, os incidentes e a evolução clínica e funcional. A seleção das medidas deve considerar a finalidade da análise e a disponibilidade e qualidade dos dados.

10.3. Para acompanhar o processo de desospitalização hospital-domicílio, sugere-se considerar a proporção de pessoas encaminhadas que receberam avaliação pelo SAD, o tempo entre a confirmação da elegibilidade e a saída efetiva do hospital e a ocorrência de reinternações hospitalares não programadas em até 72 horas após essa saída, conforme as fichas metodológicas anexas.

10.4. A interpretação dos resultados deve considerar o perfil clínico, funcional e assistencial dos usuários, as condições da rede e os motivos de atrasos, avaliações não concluídas e reinternações. Recomenda-se acompanhar também as pessoas com elegibilidade confirmada cuja desospitalização ainda não tenha ocorrido e apresentar o número de casos que compõe cada resultado.

10.5. Os indicadores constituem recomendações para avaliação local, conforme a disponibilidade e a qualidade dos registros existentes. Sua inclusão não estabelece metas nacionais adicionais, novos formulários obrigatórios ou exigências de envio de informações e preserva os acompanhamentos previstos nas normas vigentes. Também não altera os critérios de habilitação, custeio ou monitoramento do PMeC previstos nas normas vigentes.

10.6. As fichas metodológicas dos Anexos I, II e III orientam a avaliação das pessoas hospitalizadas encaminhadas ao SAD, do tempo de desospitalização e das reinternações hospitalares não programadas em até 72 horas.

10.7. Recomenda-se avaliar separadamente a contribuição do SAD para a continuidade do tratamento no domicílio após a alta hospitalar e para o atendimento de pessoas que necessitariam de internação caso não recebessem cuidado domiciliar. A identificação de internações evitadas deve se apoiar na avaliação e no registro da necessidade de tratamento hospitalar que foi atendida pelo SAD, conforme critérios definidos localmente para a análise.

10.8. As medidas sugeridas apoiam o aprimoramento das práticas locais e complementam os acompanhamentos previstos nas normas. Esta Nota Técnica não institui metas nacionais adicionais, novos formulários ou exigências de envio de informações e preserva as obrigações vigentes.

10.9. Recomenda-se que os resultados orientem ajustes nos fluxos, na comunicação entre serviços e no planejamento do cuidado. As equipes e a gestão devem discutir as dificuldades identificadas e acompanhar as providências adotadas, com foco no acesso oportuno, na continuidade assistencial e na segurança do usuário.

11. CONSIDERAÇOES FINAIS

11.1. Esta Nota Técnica reúne recomendações para organizar a desospitalização e o cuidado domiciliar voltado à prevenção de internações hospitalares no SAD, conforme as normas vigentes. Sua aplicação deve favorecer a identificação de pessoas elegíveis, a transição segura e a continuidade assistencial, com cuidado compartilhado com a APS e articulação com os demais pontos da RAS.

12. ANEXOS

12.1. Indicadores de acompanhamento da desospitalização no SAD PMeC.

12.2. Orientações comuns aos anexos.

12.3. Os indicadores se referem ao percurso hospital-domicílio com acompanhamento pelo SAD/PMeC. Não devem ser combinados com encaminhamentos da APS, de ambulatórios ou de UPA sem internação hospitalar. Esses percursos exigem análise própria.

12.4. Recomenda-se apuração mensal, com análise conjunta do hospital e do SAD, conforme a organização local. Os responsáveis pela coleta e análise devem ser definidos no serviço. As fontes indicadas são registros existentes, sem exigência de planilha ou sistema adicional.

12.5. As metas e os limites locais devem decorrer da série histórica, do perfil assistencial e das condições da rede. Os resultados devem ser apresentados com seus componentes, período de referência e completude dos dados.

ANEXO I — Taxa de Avaliação dos Pacientes Potencialmente Elegíveis à Desospitalização (TAPED)

Campo	Especificação
Sigla e tipo	TAPED. Indicador de processo, expresso em percentual.
Objetivo	Acompanhar o acesso à avaliação pelo SAD entre pessoas hospitalizadas identificadas como potencialmente elegíveis e encaminhadas ao serviço.
População	Episódios de encaminhamento hospitalar ao SAD/PMeC recebidos no mês de referência. Solicitações duplicadas do mesmo episódio devem ser unificadas.
Numerador	Número de episódios do denominador com avaliação de elegibilidade concluída pelo SAD dentro da janela de avaliação definida localmente, independentemente do resultado.
Denominador	Número total de episódios de encaminhamento hospitalar recebidos no mês de referência, identificados como potencialmente elegíveis à desospitalização para o SAD.
Fórmula	TAPED = (numerador ÷ denominador) × 100.
Marcos e período	Registrar a data de recebimento da solicitação e de conclusão da avaliação. Definir previamente e documentar a janela para conclusão, com aplicação uniforme. Consolidar a coorte mensal após essa janela.
Inclusões e pendências	Manter no denominador avaliações pendentes, solicitações canceladas e episódios encerrados sem avaliação. Apresentar separadamente seus motivos, incluindo mudança clínica, óbito, recusa ou transferência.
Fonte de dados	Solicitações hospitalares, registros de regulação ou gestão de alta e avaliações do SAD, nos instrumentos existentes.
Apuração e análise	Mensal, por mês de recebimento do encaminhamento. Definição local dos responsáveis, com discussão entre hospital e SAD.

Interpretação	Maior proporção indica maior cobertura de avaliação dos encaminhamentos. Não mede taxa de admissão no SAD nem a identificação de todos os potenciais elegíveis no hospital.
Meta e limites	Construir série histórica para subsidiar eventual meta institucional. A janela de avaliação é escolha metodológica local, não prazo nacional fixado pela Nota Técnica.
Dados complementares	Apresentar numerador, denominador, pendências, motivos de não avaliação e tempo até avaliação. A taxa não substitui a análise da busca ativa e da qualidade dos encaminhamentos.

ANEXO II — Tempo Médio de Desospitalização (TMD)

Campo	Especificação
Sigla e tipo	TMD. Indicador de processo, expresso em horas.
Objetivo	Acompanhar o intervalo entre a confirmação da elegibilidade pelo SAD e a saída efetiva do hospital para continuidade do cuidado no domicílio.
População	Episódios de desospitalização hospital-domicílio efetivados no mês de referência, com elegibilidade confirmada pelo SAD/PMeC, inclusive se confirmada em mês anterior.
Numerador	Soma dos intervalos, em horas, entre a confirmação formal da elegibilidade pelo SAD e a saída efetiva do hospital, para todos os episódios do denominador.
Denominador	Número de episódios de desospitalização efetivados no mês com data e hora válidas para ambos os marcos.
Fórmula	TMD = soma dos intervalos em horas ÷ número de episódios com os dois marcos válidos.
Marco inicial	Data e hora da confirmação formal da elegibilidade pelo SAD. Registrar separadamente, quando disponível, a data de aptidão clínica à alta e a confirmação das condições para recebimento no domicílio.
Marco final	Data e hora da saída efetiva do hospital com destino ao domicílio. Não confundir com a emissão da alta médica ou com o primeiro atendimento do SAD.
Exclusões e validade	Excluir inelegíveis, transferências para outro hospital e registros sem marcos válidos. Informar quantidade e motivos das exclusões. Intervalos negativos ou incoerentes exigem correção antes do cálculo.
Casos ainda internados	Não integram a média dos episódios concluídos. Acompanhar separadamente todos os elegíveis ainda internados, com tempo de espera e motivo da permanência, para evitar ocultar atrasos.
Fonte de dados	Registros hospitalares de saída, regulação ou gestão de alta e confirmação de elegibilidade pelo SAD, nos instrumentos existentes.
Apuração e análise	Mensal, por mês de saída hospitalar. Definição local dos responsáveis, com discussão entre hospital e SAD.
Interpretação	Menor tempo sugere maior agilidade se preservadas as condições de alta segura. Analisar atrasos por causas clínicas, domiciliares, de equipamentos, insumos, transporte e organização assistencial. **Deve ser interpretado em conjunto com o tempo até a conclusão da avaliação (TAPED), a fim de identificar eventuais gargalos anteriores à confirmação da elegibilidade.**
Meta e complementos	Construir série histórica para subsidiar eventual meta institucional. Apresentar número de episódios, completude, mediana e amplitude dos tempos quando viável. Não usar a redução do tempo como critério isolado de qualidade.

ANEXO III — Taxa de Reinternação Hospitalar em até 72 Horas (TRH-72)

Campo	Especificação
Sigla e tipo	TRH-72. Indicador de resultado, expresso em percentual.
Objetivo	Acompanhar reinternações hospitalares não programadas nas primeiras 72 horas após a saída hospitalar para cuidado domiciliar pelo SAD/PMeC.
População	Episódios de saída hospitalar para o domicílio com acompanhamento confirmado pelo SAD no mês de referência. Manter o episódio mesmo se houver reinternação antes da primeira visita domiciliar.
Numerador	Número de episódios do denominador com ao menos uma reinternação hospitalar não programada em até 72 horas da saída efetiva do hospital. Contar cada episódio uma vez.
Denominador	Número de episódios da coorte mensal com informação conhecida sobre reinternação na janela de 72 horas, incluindo os encerrados por óbito antes desse prazo, identificados separadamente.
Fórmula	TRH-72 = (numerador ÷ denominador) × 100.
Janela de observação	Da data e hora da saída efetiva do hospital até 72 horas depois, inclusive. Finalizar a apuração após o término da janela do último episódio do mês.
Evento considerado	Reinternação não programada em qualquer hospital, independentemente da causa. Registrar causa e relação clínica com o episódio anterior para discussão dos casos. Retorno à UPA sem internação é medida distinta.
Programadas e perdas	Internações programadas não integram o numerador. Excluir do denominador episódios sem informação suficiente, apresentando seu número e proporção. Não registrar ausência de informação como ausência de reinternação.
Óbitos	Manter no denominador os episódios com óbito conhecido antes de 72 horas, registrar eventual reinternação prévia e apresentar os óbitos separadamente. Considerar esse evento na interpretação da taxa.
Fonte de dados	Prontuários, registros hospitalares de internação e informações confirmadas entre hospital, SAD e APS, nos instrumentos existentes.
Apuração e análise	Mensal, por mês da saída hospitalar, com conclusão da janela de observação. Definição local dos responsáveis pela identificação e discussão dos eventos.
Interpretação	Menor taxa deve ser analisada com perfil de risco, objetivos do cuidado, óbitos e completude dos dados. Reinternação não comprova, isoladamente, falha do SAD ou alta inadequada. Avaliar as circunstâncias de cada caso.
Meta e limites	Construir série histórica, sem meta nacional adicional. A janela de 72 horas é recorte proposto para avaliação local. Apresentar numerador, denominador e perdas e evitar comparação bruta entre serviços com perfis distintos.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disposições sobre Atenção Domiciliar, com as alterações da Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, e alterações posteriores.

[2] 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.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Anexo XXII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, com redação da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e alterações posteriores.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Anexo XXIV à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Origem: Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de

2013.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo III: Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com suas alterações.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 50/2026-CGADOM/DAHUD/SAES/MS. Critérios técnicos de funcionamento do Programa Melhor em Casa para subsídio à elaboração de manifestações técnicas sobre demandas de atenção domiciliar no âmbito do SUS. ***(Conferir numeração/data definitiva antes da publicação).***

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 10/2023. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 5/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS. Orientações sobre a atuação das equipes do SAD/PMeC na assistência às pessoas em instituições de acolhimento.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 14/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS. Orientações sobre a atuação e atribuições da EMAP-R no PMeC.

[10] BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, com suas alterações.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 49/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS. Gestão da Transição do Cuidado em Fisioterapia no Programa Melhor em Casa.

[12] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com suas alterações.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente.

[14] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

[15] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 40/2025. Suporte Básico ao Cuidador no Programa Melhor em Casa.

[16] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 1/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS. Esclarecimentos sobre a RDC nº 917/2024 e sua aplicação aos Serviços de Atenção Domiciliar no SUS.

[17] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.639, de 18 de julho de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017.

[18] BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente.

[19] BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 2024.

[20] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

[21] BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

[22] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

[23] BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

[24] BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

[25] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

[26] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

[27] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Rede Alyne, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com as alterações da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e alterações posteriores.

[28] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde e institui incentivos financeiros de custeio.

[29] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

[30] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

[31] BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

[32] BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a prática da telessaúde em todo o território nacional, com alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

[33] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

[34] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

[35] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 46/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS. Definição de equipamento de suporte à vida.

TARCÍSIO NEMA DE AQUINO
Coordenador-Geral
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

LUISA RAYANE SILVA BEZERRA FRAZÃO
Coordenadora – Geral
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGAH/DAHUD/SAES
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

TARCÍSIO NEMA DE AQUINO
Coordenador - Substituto
Coordenação-Geral de Urgência - CGURG/DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

THATIANE CRISTHINA DE OLIVEIRA TORRES
Gerente de Projeto
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA
Diretor
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Tarcisio Nema de Aquino**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 17/11/2026, às 12:40, 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 **Luisa Rayane Bezerra Frazao**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar**, em 17/11/2026, às 16:49, 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 **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 18/11/2026, às 11:39, 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 **Thatiane Cristhina de Oliveira Torres**, **Gerente de Projeto**, em 19/11/2026, às 16:12, 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 **0059433414** e o código CRC **0E173B2B**.

Referência: Processo nº 25000.173788/2026-41 SEI nº 0059433414

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