



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

NOTA TÉCNICA Nº 41/2026-CGADOM/DAHUD/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Recomendações para o Serviço de Atenção Domiciliar, destinadas ao acompanhamento de Pessoas com Doenças Raras e Condições Clínicas Complexas no Programa Melhor em Casa: Adequação da Frequência de Visitas às Necessidades Assistenciais Específicas

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. Considerando a consolidação do Programa Melhor em Casa (PMeC) – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como estratégia estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na atenção especializada, bem como os princípios e diretrizes estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), que prevê a garantia do acesso aos diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imprescindível qualificar gestores estaduais, distritais e municipais, bem como as equipes do PMeC, quanto à organização do cuidado destinado às pessoas com doenças raras e demais condições clínicas complexas. Essa qualificação visa promover maior compreensão das possibilidades de atuação do SAD/PMeC, assegurando que a assistência prestada seja compatível com as necessidades clínicas, funcionais e reabilitativas específicas desses usuários.

2.2. Pessoas com doenças raras, bem como indivíduos com outras condições crônicas complexas, que demandem acompanhamento clínico sistemático, reabilitação e suporte multiprofissional, podem ter a regularidade do cuidado assistidas pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMeC). A frequência da assistência domiciliar deve ser compatível com a complexidade clínica, funcional e assistencial apresentada pelo usuário, observando-se os objetivos terapêuticos definidos para cada caso e alinhados às prerrogativas constantes em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Desta forma, visa-se a prevenção de agravos evitáveis, a manutenção da funcionalidade e a promoção da qualidade de vida, sempre em consonância com a organização da RAS no território, prevenindo, assim, internações/reinternações hospitalares. Uma frequência aumentada de cuidados em domicílio é prevista pelo PMeC.

3. RESPALDO NORMATIVO E AÇÕES EM ACORDO

3.1. O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de cuidado específico para condições clínicas complexas e para usuários que demandam reabilitação intensiva, acompanhamento multiprofissional sistemático e suporte tecnológico permanente. No âmbito da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, a Atenção Domiciliar é definida como modalidade de atenção à saúde destinada à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, desenvolvida no domicílio do usuário, constituindo importante estratégia para

ampliação da integralidade do cuidado e da articulação da RAS. A normativa estabelece que a elegibilidade, permanência e alta dos usuários devem ser definidas a partir de avaliação clínica e funcional individualizada, considerando-se a complexidade assistencial, as necessidades de cuidado e os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada usuário.

3.2. No âmbito da Atenção Domiciliar Especializada, especificamente, é destinada à usuários em fase aguda ou crônica agudizada ou casos complexos, sendo que os fluxos de admissão ocorrem mediante aplicação do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Em processos de transição de cuidado do ambiente hospitalar para domiciliar (também uma das funções específicas do SAD/PMeC), mesmo que este paciente seja concomitantemente assistido pela Atenção Primária, é elementar a compreensão que o SAD/PMeC trata de condições complexas com alta densidade tecnológica ou necessidade de alta frequência de visitas, sendo compromisso das equipes zelar pela segurança do paciente e prevenção de agravos, incluindo a prevenção de internação/reinternação hospitalar. Dessa forma, a organização de equipes especializadas, incluindo arranjos assistenciais voltados para atenção pediátrica com doenças raras, com ou sem abordagem em cuidados paliativos e/ou ventilação mecânica domiciliar, podem ser implementadas no âmbito do SAD/PMeC, conforme as necessidades do território e o perfil epidemiológico local. Tal destaque torna-se ainda maior àquelas acometidas por doenças neuromusculares progressivas, frequentemente associadas à dependência tecnológica, vulnerabilidade respiratória e necessidade de acompanhamento multiprofissional.

3.3. No contexto das doenças raras, incluindo a Atrofia Muscular Espinhal (AME), existe a necessidade de acompanhamento sistemático dos pacientes, especialmente daqueles submetidos a terapias avançadas, como terapias gênicas e medicamentos de alto custo, cuja efetividade do tratamento depende não apenas da administração farmacológica, mas também da continuidade do acompanhamento clínico multiprofissional e reabilitativo. Particularmente nos pacientes com AME tratados com terapia gênica (onasemnogene abeparvovec), o acompanhamento multiprofissional frequente constitui componente essencial do cuidado. Os ganhos motores e funcionais dependem da associação entre a intervenção medicamentosa e estratégias de reabilitação precoce, sistemática e especializada, voltadas à prevenção de contraturas, deformidades osteomusculares, complicações respiratórias, perda funcional e episódios de agudização clínica. A interrupção ou o espaçamento inadequado das intervenções terapêuticas podem comprometer a evolução da funcionalidade do paciente e resultar em perda de oportunidades para aquisição e consolidação de marcos motores, especialmente na população pediátrica em fase de desenvolvimento neuropsicomotor, assim como, quando interrompido, também pode levar a agravos e reinternações. Recomenda-se que a definição da periodicidade das visitas domiciliares considere as necessidades singulares de reabilitação, incluindo necessidade de ventilação mecânica domiciliar, oportunizada especificamente pelo PMeC, caso se aplique, de modo a favorecer melhores desfechos clínicos e assistenciais.

3.4. A atuação integrada das equipes do PMeC na RAS pode oportunizar avanços nos territórios, isto porque, conforme portaria do programa, pode ser operacionalizada por equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar, sendo a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), responsável pela coordenação e prestação do cuidado domiciliar; a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que oferece suporte especializado complementar à EMAD; e/ou a Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) que amplia o acesso à reabilitação domiciliar de média e alta complexidade em municípios de pequeno porte, fortalecendo o cuidado funcional e reabilitativo de usuários com doenças

neuromusculares, ventilação mecânica domiciliar e outras condições que demandam acompanhamento intensivo. Visando o amadurecimento do programa, compete ainda às equipes do SAD/PMec, em articulação com a gestão local e com os demais pontos de atenção da RAS, desenvolver ações de matriciamento (oportunizadas por meio de reuniões presenciais ou online entre equipes e/ou pontos de atenção), estabelecer protocolos e fluxos assistenciais integrados, qualificar a transição do cuidado, apoiar altas hospitalares oportunas e seguras, reduzir internações evitáveis, favorecer a continuidade do acompanhamento no território e promover a utilização de recursos de telessaúde e tecnologias de informação e comunicação, quando aplicáveis.

3.5. Por sua vez, compete às Secretarias Municipais de Saúde e à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, fortalecer de maneira contínua e estruturada a organização da Atenção Domiciliar Especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Esse fortalecimento deve contemplar não apenas a ampliação da oferta de serviços, mas também a consolidação de práticas de gestão que favoreçam a integração entre os diferentes níveis de atenção, para que o paciente seja atendido apropriadamente. Para tanto, é essencial promover processos de educação permanente voltados para a atualização científica e técnica dos profissionais, investir na qualificação das equipes multiprofissionais e estimular a adoção de protocolos assistenciais que garantam a segurança do paciente. Além disso, cabe às Secretarias pactuar fluxos assistenciais claros e bem definidos, assegurando a continuidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, de modo que o usuário receba acompanhamento adequado em todas as etapas do processo de atenção, com foco na humanização, na eficiência e na equidade dos serviços prestados.

4. CONCLUSÃO

4.1. Diante do exposto, destaca-se que a Atenção Domiciliar Especializada, no âmbito do Programa Melhor em Casa (SAD/PMec), constitui estratégia essencial para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras e outras condições clínicas complexas que demandem reabilitação, suporte tecnológico e acompanhamento multiprofissional. Nesse contexto, a definição da periodicidade das visitas deve observar critérios clínicos e assistenciais individualizados, compatíveis com as necessidades de cada usuário, e não parâmetros uniformes ou previamente estabelecidos. Para pessoas com doenças neuromusculares progressivas ou submetidas a terapias avançadas, o acompanhamento multiprofissional oportuno e contínuo é fundamental para a manutenção da funcionalidade, prevenção de complicações, redução de internações evitáveis e promoção da qualidade de vida. Recomenda-se, portanto, que gestores e equipes organizem fluxos assistenciais integrados que garantam resposta adequada às necessidades dessa população, observando a capacidade instalada dos serviços e os princípios que orientam a Rede de Atenção à Saúde.

5. REFERÊNCIAS

5.1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

5.2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras**. Instituída pela Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014, consolidada no Anexo XXXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/2017.

5.3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Atenção Integral às**

Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

5.4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Melhor em Casa (PMec) e instituir a Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R). Diário Oficial da União. 5 jan. 2024.

5.5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026.** Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 106, p. 164, 10 jun. 2026.

TARCÍSIO NEMA DE AQUINO

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHUD/SAES/MS
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada - SAES/MS

NATAN MONSORES DE SÁ

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral de Doenças Raras - CGRAR/DAET/SAES/MS
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada - SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada - SAES/MS

ARTHUR LOBATO BARRETO MELLO

Diretor

Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Tarcisio Nema de Aquino, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 26/06/2026, às 16:54, 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 **Arthur Lobato Barreto Mello, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 29/06/2026, às 10:20, 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 30/06/2026, às 06:21, 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 **Natan Monsores de Sá, Coordenador(a)-Geral de Doenças Raras**, em 06/07/2026, às 13:26, 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 **0056351288** e o código CRC **99418FE2**.

Referência: Processo nº 25000.095981/2026-33

SEI nº 0056351288

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