



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.220, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

Aprova a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E), as normas, diretrizes gerais e custeio, excepcionalmente para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- o Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020, que declara Situação de Emergência em Saúde Pública no Estado em razão de surto de doença respiratória – 1.5.1.1.0 – Coronavírus e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020;
- o Decreto nº 47.886, de 15 de março de 2020, que dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença



infecçiosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19-19), institui o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19-19 – Comitê Extraordinário COVID-19-19 e dá outras providências;

- a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.205, de 14 de agosto de 2020, que aprova a alteração do Anexo Único a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.168, de 04 de junho de 2020, que aprova o Plano de Contingência da Grade Hospitalar para enfrentamento da pandemia de COVID-19, causada pelo agente novo Coronavírus, no Estado de Minas Gerais;
- a Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as normas gerais do processo de prestação de contas dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde - FES nos termos do Decreto Estadual n.º 45.468/2010;
- a Resolução SES/MG nº 7.094, de 29 de abril de 2020, que define as regras do processo de acompanhamento dos indicadores previstos em Resoluções Estaduais, institui as Reuniões Temáticas de Acompanhamento e dá outras providências;
- a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;
- o Ofício CFM nº1756/2020 de 19 de março de 2020, que trata da normatização da Teleorientação, Telemonitoramento e Teleinterconsulta;
- o comprometimento multissistêmico bem como a Síndrome pós Cuidados Intensivos que pode ocorrer nos pacientes acometidos pela COVID-19-19;
- a necessidade de contribuir com a *desupalização* e desospitalizações;
- a necessidade de ampliar o acesso de pacientes para a continuidade do cuidado em domicílio com vistas à recuperação clínica e reabilitação funcional; e
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 267ª Reunião Ordinária, ocorrida em 16 de setembro de 2020.



DELIBERA:

Art. 1º – Fica aprovada a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E), as normas, diretrizes gerais e custeio, para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º – Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2020.

CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG

ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.220, DE 16 DE SETEMBRO DE
2020 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br/cib).



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.227, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

Autoriza a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E), as normas, diretrizes gerais e custeio, excepcionalmente para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

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

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.220, de 16 de setembro de 2020, que aprova a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E), as normas, diretrizes gerais e



custeio, excepcionalmente para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

RESOLVE:

Capítulo I – Das Disposições Gerais

Art. 1º - Dispor sobre as normas e diretrizes gerais do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E), no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Art. 2º - Para efeitos desta Resolução, define-se Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E) como um conjunto de ações e serviços de saúde prestadas no domicílio substitutivas à internação hospitalar e complementar aos cuidados realizados nos serviços de atenção à urgência e emergência.

Art. 3º - O SAD-E tem como objetivos:

I - *desospitalização* precoce de pacientes internados em Hospitais elencados como “Referência SRAG” e “Referência Leitos Clínicos COVID-19” no Plano Contingência Macrorregional visto a necessidade de ampliação de acesso e maior giro de leitos;

II - fortalecer a continuidade do cuidado no domicílio com vistas à recuperação clínica - funcional e a reabilitação dos pacientes COVID-19 após a alta hospitalar;

III - *desupalização* de pacientes de média complexidade visando a redução da demanda para internação hospitalar;

IV - humanização da atenção à saúde; e

V - otimização dos recursos.

Art. 4º - O SAD-E seguirá as seguintes diretrizes:

I - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

II - assistir os casos suspeitos e confirmados de infecção pelo Sars-CoV-2 que necessite de acompanhamento intensivo devidos às sequelas ou complicações da doença;



III – contribuir com o giro de leitos de hospitais elencados no Plano de Contingência Macrorregional como “Referência SRAG” ou “Referência Leitos Clínicos COVID-19”;

IV – reduzir a superlotação dos serviços de urgência e emergência;

V - adotar linhas de cuidado baseadas em protocolos clínicos considerando as necessidades do usuário; e

VI - desenvolver ações integradas, considerando os princípios da intrasetorialidade e intersetorialidade;

VII – Estar vinculado a um ou mais hospitais, conforme grade de referência.

Capítulo II – Da composição e função do Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E)

Art. 5º - O gerenciamento e operacionalização do SAD- E deve ser realizado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, que terá a seguinte composição mínima:

I - profissional médico com somatório de carga horária semanal (CHS) de 40 (quarenta) horas de trabalho;

II - profissional enfermeiro com somatório de CHS de 40 (quarenta) horas de trabalho;

III - profissional fisioterapeuta com somatório de CHS de 30 (trinta) horas de trabalho;

IV - profissional assistente social com somatório de CHS de 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e

V - profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único - Cada SAD-E deverá ter um profissional de nível superior para função de gestão/coordenação com somatório de CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 6º - Os profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar têm como atribuição:



I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à Rede de Atenção à Saúde, com acompanhamento da condição clínica e reabilitação do paciente acometido pela COVID-19 e demais causas;

II - realizar teleatendimento, teleconsulta e telemonitoramento;

III - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

V - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VII - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser emitido por médico da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VIII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em Atenção Domiciliar, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e

IX - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Capítulo III –Da organização e funcionamento do SAD-E

Art. 7º - O SAD-E será organizado a partir de uma base territorial microrregional em que a necessidade de leitos domiciliares é igual ou maior a 20 leitos conforme disposto no Anexo I desta Resolução. O Serviço deve ser sediado em Unidades de Pronto Atendimento e/ou Hospitais elencados nos Planos de Contingência Macrorregional como “Referência SRAG” ou “Referência Leitos Clínicos COVID-19”.

Art. 8º - A equipe do SAD-E deverá prestar atendimento aos usuários provenientes de municípios que não são contemplados pelo Programa Melhor em Casa, desde que respeitado a distância máxima de 40km da sede da equipe à residência do paciente.

Parágrafo único - A distância máxima foi estipulada considerando a otimização carga horária da equipe e custos relacionados ao deslocamento.



Art. 9º - Após o encaminhamento do paciente, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar deverá realizar visita domiciliar para avaliação e elaboração do Plano Terapêutico e realizar atendimento presencial semanal somente aos casos imprescindíveis e, nos demais casos, a equipe deverá orientar/monitorar os pacientes por meio de telemedicina.

§ 1º - A utilização da telemedicina dar-se-á por meio do Teleatendimento e Telemonitoramento, para que os profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar realizem à distância a orientação do cuidado e monitoramento de parâmetros de saúde e/ou doença, respectivamente.

§ 2º - Quando for identificado a piora dos parâmetros monitorados, recomenda-se visita médica domiciliar ou discussão do caso com o médico a fim de referenciar de imediato para o serviço de urgência condizente com a necessidade apresentada.

§ 3º - É necessária rigorosa avaliação para definir quais pacientes serão acompanhados por telemedicina diante a possibilidade de piora do quadro clínico e consequente necessidade de internação hospitalar.

§ 4º - Deverão ser realizadas reuniões semanais para discussão de casos.

§ 5º - Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD-E, a equipe de atenção básica de sua referência deverá ser informada sobre o planejamento assistencial.

Art. 10 - Para a continuidade do cuidado de usuários que residam em um raio acima de 40 km da sede do SAD-E, deve-se elaborar estratégias de *desospitalização* e *desupalização*, considerando os pontos de atenção mais próximos do município de origem do usuário.

Art. 11 - Para que o paciente seja admitido no SAD-E será obrigatória a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Parágrafo único - O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido será publicado em Nota Técnica Específica em até 30 dias após a publicação desta Resolução.

Art. 12 - O SAD-E deverá funcionar, no mínimo, 12 (doze) horas/dia.

§ 1º - Todos os profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar devem trabalhar no formato de cuidado horizontal em dias úteis e, nos finais de semana e feriados,



deverá ser mantido, minimamente, um profissional da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar em regime de plantão.

§ 2º - Cada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar deve assistir por meio presencial ou teleatendimento, em média, 30 (trinta) usuários por mês.

§ 3º - O veículo para locomoção da equipe deve estar disponível em todo o período de atendimento e funcionamento do serviço, bem como nos plantões de fins de semana e feriados.

§ 4º - Ao usuário assistido pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar acometido por intercorrências agudas deverá ser garantido transporte (SAMU 192 ou transporte de urgência similar) e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário.

Art. 13 - O prontuário do paciente deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra para ficar com a equipe (prontuário institucional), e deverá conter:

I - termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável;

II - folha de admissão;

III - planos de cuidados/planos terapêuticos, elaborados em equipe que devem conter os diagnósticos, as ações propostas, a programação e o número de visitas previsto para cada profissional;

IV - folhas para a evolução multiprofissional;

V - formulário de prescrição e checagem de prescrições e cuidados;

VI - sumário de alta; e

VII - as normas de funcionamento do programa, seu horário de funcionamento, telefones úteis e instruções de procedimento da família em caso de urgência.

Capítulo IV – Da elegibilidade do paciente para o SAD –E

Art. 14 - A organização do atendimento domiciliar vinculados ao SAD-E se dá em duas modalidades (AD2 e AD3).

§ 1º - A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde edificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de



cuidado minimamente semanal e acompanhamento contínuos.

§ 2º - A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, acompanhamento longitudinal e/ou uso de equipamentos.

Art. 15 - Os critérios de elegibilidade do paciente para o SAD-E são clínicos e administrativos, sendo que os critérios clínicos dizem respeito à situação de saúde do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas, e os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos, operacionais e legais, necessários ao cuidado em domicílio.

Art. 16 - Dos critérios administrativos:

I - residência no território de cobertura da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, nas modalidades AD2 e AD3 (raio de até 40 km da sede do SAD-E);

II - consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do termo de consentimento e esclarecimento;

III - presença de cuidador em casos de dependência funcional do usuário segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);

IV - ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares;

V - localização do domicílio segura para a equipe com viabilidade de acesso para veículos; e

VI - meio de comunicação obrigatório entre usuário/cuidador/família e equipe.

Parágrafo único - O descumprimento dos critérios administrativos de que trata este artigo poderá acarretar na exclusão do usuário do SAD-E.

Art. 17 – Considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de Atenção Domiciliar, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente dentre outros:

I – prioritariamente pacientes com comorbidades, sequelas e complicações da COVID-19;

II - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

III - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;



IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; órteses/próteses; sondas e ostomias e uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

V - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VI - reabilitação física e psicológica de pacientes com quadro agudo;

VII - necessidade de atenção nutricional;

VIII - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal;

IX - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

X - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais.

Art. 18 - Considera-se elegível, na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e/ou nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Art. 19 - Será inelegível para a AD o usuário que apresentar as seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua; e/ou

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem.

Capítulo V – Dos critérios para adesão ao SAD-E

Art. 20 - São critérios para adesão ao SAD-E:

I – estar localizado em Microrregião de Saúde em que a necessidade de leitos domiciliares é maior ou igual a 20 leitos, conforme disposto no Anexo I desta Resolução;

I - ter Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital elencado no Plano de Contingência Macrorregional como “Referência SRAG” ou “Referência Leito Clínico COVID-19”;

II – estar localizado em Microrregião coberta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou outro serviço de atendimento móvel de urgência equivalente;



III – dispor de plano de matriciamento dos pacientes admitidos dos Hospitais Referência SRAG e Hospitais Referência Leitos Clínicos COVID-19, em conformidade com o Plano de Contingência da Macrorregional; e

IV – manifestação formal do gestor municipal em que a equipe ficará sediada quanto o interesse em aderir ao SAD-E.

Art. 21 – O quantitativo de equipes do SAD-E é condicionado ao número de leitos domiciliares necessários.

Parágrafo único - A cada 30 leitos domiciliares necessários é previsto uma equipe. Microrregiões com necessidade de leitos domiciliares acima de 30 (quarenta) poderão solicitar a segunda Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e, sucessivamente, 1 (uma) nova Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar a cada 30 leitos necessários.

Capítulo VI – Dos critérios para definição do estabelecimento de saúde sede

Art. 22 - São critérios para identificação do estabelecimento de saúde sede da equipe do SAD-E:

I - ser Unidade de Pronto Atendimento localizado em Microrregiões elegíveis conforme Capítulo V; ou

II – ser Hospital elencado no Plano de Contingência Macrorregional como “Referência SRAG” ou “Referência Leito Clínico COVID-19”;

III – localizar preferencialmente no polo da Microrregião; e

IV – ser a unidade de saúde com maior número de atendimentos (em caso de Unidades de Pronto Atendimento) e internações (em caso de estabelecimentos hospitalares).

Capítulo VII – Das Responsabilidades dos Entes

Art. 23 - Do Hospital ou Unidade de Pronto Atendimento sede do SAD-E:

I - fornecer infraestrutura especificamente destinada para o funcionamento do serviço:

a) sala destinada à Coordenação/sala de reuniões/almoxarifado;

b) material permanente (computador, mesa, cadeira, armário) e de consumo; e



c) aparelho telefônico fixo exclusivo.

II - disponibilizar insumos e medicamentos necessários à assistência domiciliar durante o período do tratamento.

Art. 24 - Dos municípios que aderirem ao Programa:

I – o município do estabelecimento sede deverá contratar a equipe multiprofissional do SAD-E;

II - disponibilizar os equipamentos necessários à assistência domiciliar durante o período do tratamento; e

III - participar do rateio para o custeio de transporte da equipe (compra/ locação de veículo/ motorista), complemento das despesas com custeio de recursos humanos.

Art. 25 - Da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais:

I - repasse do incentivo financeiro de custeio dos insumos, medicamentos e equipes para o Programa;

II - acompanhamento, monitoramento e supervisão técnica; e

III - apoio à capacitação das equipes e qualificação do processo de trabalho e educação permanente.

Capítulo VII – Dos fluxos para adesão ao SAD-E

Art. 26 - O Projeto para implantação do SAD-E deverá ser elaborado pelos gestores interessados contemplando os seguintes requisitos:

I – ofício do gestor do município sede manifestando interesse em aderir ao SAD-E, se co-responsabilizando pelo cumprimento das responsabilidades previstas neste Resolução;

II – ofício de ciência e concordância do gestor do estabelecimento de saúde em que o SAD-E estará situado;

III – relação dos municípios que serão contemplados, com o respectivo aceite dos gestores municipais;

IV – planejamento de execução dos recursos;

V – envio da relação de profissionais que irão compor o SAD-E, com informações sobre o registro no conselho de classe correlato, telefone e e-mail ou se comprometer a enviar as



informações em um prazo de até 10 dias a contar da data de publicação dos possíveis beneficiários;

VI - descrição da infraestrutura para o SAD-E, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo para locomoção da equipe; e

VII - descrição do funcionamento do serviço, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados.

§ 1º - O projeto de criação do SAD-E, após aprovado nas instâncias deliberativas (Comitê Gestor Regional da Rede de Urgência e CIB Macro), deverá ser encaminhado para a Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências (CEAUE) para análise e emissão de parecer, considerando-se as diretrizes e critérios previstos nesta Resolução e a disponibilidade orçamentária.

§ 2º - Os projetos aprovados e beneficiários contemplados serão publicados em resolução específica.

§ 3º - Os Municípios contemplados pelo SAD-E por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º - Publicada a resolução, o gestor do hospital microrregional deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento destas no SCNES do hospital sede da equipe em até 20 dias a contar da data de publicação da resolução, sob pena de perder sua respectiva habilitação.

Capítulo VI - Do Financiamento

Art. 27 - O incentivo financeiro é condicionado ao número de equipes do SAD-E e corresponde a R\$40.000,00/mês por equipe.

§ 1º - Os recursos devem ser aplicados no custeio das atividades e consecução dos objetivos do SAD-E.

§ 2º - A parcela mensal será composta de um percentual fixo de 30% e percentual variável de 70%, aferidos com base nos indicadores e metas previstos no Anexo II dessa Resolução.

§ 3º - O repasse do incentivo financeiro será mensal e o monitoramento será quadrimestral, em conformidade com o Art. 31 desta Resolução.



§ 4º - O valor total dos recursos de que trata esta Resolução perfaz o montante semestral de R\$ 3.840.000,00 (três milhões, oitocentos e quarenta mil reais), que correrá por conta da Ação 1008, da Dotação Orçamentária nº 4291.10.305.026.1008.0001 - 334141 - 10.1 UPG 737 - Despesas com ações de enfrentamento ao novo Coronavírus/COVID – 19.

§ 5º - O repasse financeiro para os municípios contemplados pelo SAD-E terá duração de 06 (seis) meses, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 28 - A complementação, se necessária, aos recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para o custeio do SAD-E é de responsabilidade dos Municípios que serão contemplados pelo programa.

Art. 29 - O início do repasse financeiro estadual está condicionado ao cadastro da (s) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, e à assinatura de Termo de Compromisso no SIG-RES.

Art. 30 - O valor do repasse do incentivo financeiro da parcela variável, está vinculado ao cumprimento das metas e indicadores estabelecidos no Anexo II desta Resolução, e em conformidade com o Art. 31.

Capítulo VII - Do Monitoramento

Art. 31 - Da sistemática de monitoramento:

I - durante os 4 primeiros meses, o monitoramento realizado pela SES irá considerar o cadastro das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o envio de dados dos indicadores para fins de repasse do custeio estadual;

II - após os quatro primeiros meses, o monitoramento quadrimestral considerará o alcance das metas dos indicadores, em conformidade com o Anexo II desta Resolução.

Período de Monitoramento da base de dados	Apuração dos Resultados	Meses de execução do repasse quadrimestral com os descontos
Janeiro a Abril	Julho	Setembro a Dezembro
Maio a Agosto	Novembro	Janeiro a Abril
Setembro a Dezembro	Março	Maio a Agosto



Capítulo VII - Do Repasse do Recurso

Art. 32 – O Recurso será repassado por meio de Termo de Compromisso a ser assinado pelo Gestor do SUS Municipal.

Art. 33 - Os procedimentos de acompanhamento e verificação da adequada execução financeira observarão o disposto no Decreto Estadual nº 45.468/2010, Resolução SES/MG nº 4.606/2014 ou em Regulamento(s) que vier(em) a substituí-lo(s).

Parágrafo único - Os beneficiários deverão inserir e validar os dados referentes à prestação de contas no Sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG, nos termos dos normativos vigentes.

Art. 34 - Os beneficiários devem manter arquivados, os documentos que comprovam a utilização e gestão dos recursos públicos repassados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), conforme preconiza o art. 25 do Decreto Estadual nº 45.468/2010.

§ 1º – Constatadas irregularidades no cumprimento do termo, o processo será baixado em diligência pela SES/MG, sendo fixado prazo de trinta dias para apresentação de justificativas, alegações de defesa, documentação complementar que regularize possíveis falhas detectadas ou a devolução dos recursos liberados, atualizados monetariamente, sob pena da instauração de tomada de contas especial, em atendimento ao art. 47 da Lei Complementar nº 102, de 17 de janeiro de 2008.

§ 2º – A instituição deverá manter os documentos relacionados ao Termo de Metas pelo prazo de dez anos, contado da data em que foi aprovado o processo de prestação de contas.

Art. 35 – Na execução dos recursos, deverão ser observadas as disposições contidas no Decreto Estadual nº 45.468/2010 e nas Resoluções SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014 e SES/MG nº 7.094, de 29 de abril de 2020.

Art. 36 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2020.

CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXOS I E II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.227, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.227, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

Estimativa da Necessidade de Leitos Domiciliares – Atenção Domiciliar

Para a estimativa do número de leitos de cuidados prolongados foi utilizado o Parâmetro da Portaria de Consolidação nº 3, conforme descrito abaixo:

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

*I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) **leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes**;*

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais

a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

Desta forma, tem-se:

$$N^{\circ} \text{ leitos} = \frac{2,5}{1000} \times 5,62\% \times \text{Pop. micro} \times 40\%$$

Considerando o exposto, no Estado de Minas Gerais são necessários 1.190 leitos de atenção domiciliar. Em relação às Microrregiões, tem-se (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**):



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Microrregião de Saúde	Macrorregião de Saúde	População (FJP, 2019)	Necessidade Estimada de Leitos - UCP	Leitos de UCP Habilitados	Qtd. Necessária	Necessidade Estimada de Leitos Domiciliares - UCP (40%)
Itambacuri	Nordeste	44.524	4		4	3
Águas Formosas	Nordeste	59.634	5		5	3
Além Paraíba	Sudeste	57.311	5		5	3
Alfenas/Machado	Sul	302.098	25	15	10	17
Almenara/Jacinto	Nordeste	171.474	14		14	10
Araçuaí	Jequitinhonha	89.638	8		8	5
Araxá	Triângulo do Sul	189.071	16		16	11
Barbacena	Centro Sul	238.637	20	25		13
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	Centro	3.411.258	288	145	143	192
Betim	Centro	728.243	61		61	41
Bocaiúva	Norte	78.199	7		7	4
Bom Despacho	Oeste	107.489	9		9	6
Brasília de Minas/S. Francisco	Norte	233.905	20		20	13
Campo Belo	Oeste	99.524	8		8	6
Carangola	Sudeste	128.704	11	15		7
Caratinga	Vale do Aço	203.324	17		17	11
Cássia	Sudeste	50.445	4		4	3
Congonhas	Centro Sul	125.453	11		11	7
Conselheiro Lafaiete	Centro Sul	186.232	16		16	10
Contagem	Centro	876.811	74		74	49
Coração de Jesus	Norte	47.569	4		4	3
Coronel Fabriciano/Timóteo	Vale do Aço	231.628	20		20	13
Curvelo	Centro	185.711	16		16	10
Diamantina	Jequitinhonha	142.504	12	15		8
Divinópolis	Oeste	351.052	30		30	20
Formiga	Oeste	122.971	10	50		7
Francisco Sá	Norte	74.504	6		6	4
Frutal/Iturama	Triângulo do Sul	181.653	15		15	10
Governador Valadares	Leste	430.602	36		36	24
Guanhães	Centro	93.123	8		8	5
Guaxupé	Sul	144.742	12		12	8
Ipatinga	Vale do Aço	409.191	34		34	23
Itabira	Centro	237.098	20		20	13
Itajubá	Sul	205.172	17		17	12
Itaobim	Nordeste	80.828	7		7	5
Itaúna	Oeste	124.127	10		10	7
Ituiutaba	Triângulo do Norte	195.383	16		16	11
Janaúba/Monte Azul	Norte	278.394	23		23	16
Januária	Norte	116.874	10		10	7



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

João Monlevade	Centro	139.441	12		12	8
João Pinheiro	Noroeste	73.522	6		6	4
Juiz de Fora	Sudeste	621.864	52	50	2	35
Lagoa da Prata/Sto Ant. Monte	Oeste	128.822	11		11	7
Lavras	Sul	184.586	16		16	10
Leopoldina/Cataguases	Sudeste	183.358	15		15	10
Lima Duarte	Sudeste	70.832	6		6	4
Manga	Norte	56.910	5		5	3
Manhuaçu	Leste do Sul	345.886	29		29	19
Mantena	Leste	70.031	6		6	4
Montes Claros	Norte	443.347	37		37	25
Muriae	Sudeste	174.538	15		15	10
Nanuque	Nordeste	68.286	6		6	4
Oliveira/Sto Ant. Amparo	Oeste	105.654	9		9	6
Ouro Preto	Centro	186.880	16		16	11
Padre Paraíso	Nordeste	62.910	5		5	4
Pará de Minas	Oeste	252.399	21		21	14
Passos	Sul	212.096	18		18	12
Patos de Minas	Noroeste	263.568	22		22	15
Patrocínio/Monte Carmelo	Triângulo do Norte	195.323	16		16	11
Peçanha/São João Evangelista	Leste	57.847	5		5	3
Pedra Azul	Nordeste	65.080	5		5	4
Pirapora	Norte	146.991	12		12	8
Piumhi	Sul	76.959	6		6	4
Poços de Caldas	Sul	238.398	20		20	13
Ponte Nova	Leste do Sul	211.450	18		18	12
Pouso Alegre	Sul	548.821	46		46	31
Resplendor	Leste	89.267	8		8	5
Salinas	Norte	68.710	6		6	4
Santa Maria do Suaçuí	Leste	43.389	4		4	2
Santos Dumont	Sudeste	50.683	4		4	3
São Gotardo	Noroeste	94.524	8		8	5
São João Del Rei	Centro Sul	240.651	20		20	14
São João Nepomuceno/Bicas	Sudeste	73.081	6		6	4
São Lourenço	Sul	263.323	22		22	15
São Sebastião do Paraíso	Sul	125.982	11		11	7
Serro	Jequitinhonha	50.545	4		4	3
Sete Lagoas	Centro	449.072	38		38	25
Taiobeiras	Norte	139.307	12		12	8
Teófilo Otoni/Malacacheta	Nordeste	280.965	24		24	16
Três Corações	Sul	133.506	11		11	8
Três Pontas	Sul	125.507	11		11	7
Turmalina/M. Novas/Capelinha	Jequitinhonha	124.958	11	15		7
Ubá	Sudeste	316.719	27		27	18



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Uberaba	Triângulo do Sul	419.482	35		35	24
Uberlândia/Araguari	Triângulo do Norte	915.255	77		77	51
Unaí	Noroeste	274.324	23		23	15
Varginha	Sul	201.309	17		17	11
Vespasiano	Centro	328.997	28		28	18
Viçosa	Leste do Sul	138.336	12		12	8
Minas Gerais		21.168.791	1.785	330	1.455	1190



ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.227, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

**INDICADORES E METAS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ESTADUAL
(SAD-E)**

Indicador I: Número total de usuários em acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar no período de 30 dias.

Método de Cálculo: Soma dos pacientes que permaneceram em atendimento na Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do mês anterior + número de pacientes admitidos no mês avaliado.

Fonte: autodeclaratória. Deverá ser enviado Ofício à Coordenação de Atenção à Saúde da URS de referência, que o encaminhará por meio digital à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências.

Periodicidade: mensal

Meta: 30 pacientes

Peso: 50%

Unidade de Medida: Unidade

Indicador II: Percentual mensal de desfecho/alta:

Método de Cálculo: Total de usuários com desfecho “alta clínica” + Total de usuários com desfecho “encaminhamento para outro serviço” no mês/ Total de usuários em acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar no mesmo período (x 100).

Fonte: autodeclaratória. Deverá ser enviado Ofício à Coordenação de Atenção à Saúde da URS de referência, que o encaminhará por meio digital à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências.

Periodicidade: mensal

Meta: 10%

Peso: 50%

Unidade de Medida: Unidade