



PORTARIA Nº 2.027, DE 25 DE AGOSTO DE 2011

Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, página 71; Considerando a transformação do Programa de Saúde da Família (PSF) em uma estratégia de abrangência nacional, o que enseja a necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos Estados e Municípios brasileiros;

Considerando o trabalho em equipe como princípio da Atenção Básica para garantia da integralidade na atenção à saúde da população;

Considerando as discussões em andamento, de forma tripartite, para a publicação de uma nova Portaria redefinindo a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando as dificuldades de provimento e fixação de médicos para a Estratégia de Saúde da Família;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 138, de 20 de julho de 2011, Seção 1, página 79, que instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável); e

Considerando o disposto na Portaria nº 134/SAS/MS, de 04 de abril de 2011, que regulamenta o cadastro de profissionais de saúde no SCNES, resolve:

Art. 1º O inciso I do item 3 do Capítulo II da Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"3 - DA INFRAESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

3.1. São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF):

I - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 (doze) ACS por ESF;

II - existência, na área de abrangência da ESF, de Unidade Básica de Saúde (UBS) inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, com os seguintes requisitos mínimos:

a) consultório médico e de enfermagem para a ESF, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e no mínimo 02 (dois) sanitários;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a efetividade da Atenção Básica à saúde;

III - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS; e

IV - garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

3.2. A implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) deve observar as seguintes diretrizes:

I - equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes;

II - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para os profissionais de saúde, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é regulada no inciso IV do item 3.2 desta Portaria. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na ESF e até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente, tudo conforme autorização do gestor;

III - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais, que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF;

IV - todas as ESF deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, de modo que cada usuário seja acompanhado por 01 (um) ACS, 01 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico generalista ou de família, mantendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, ressaltando que as atribuições gerais e específicas dos médicos generalistas ou de família e comunidade são as mesmas já definidas na Política Nacional de Atenção Básica;

V - no tocante à jornada dos profissionais médicos, as ESF poderão ter as seguintes configurações:

a) ESF com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde, inclusive o profissional médico. Nessa configuração, o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 01 (uma) ESF, ficando permitida a participação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);

b) ESF com 02 (dois) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais). Nessa configuração de ESF, o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 01 (uma) ESF, ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB;

c) ESF com 02 (dois) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 (vinte) horas semanais. Nessa configuração, o município receberá repasse mensal equivalente a 85% (oitenta e cinco por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 01 (uma) ESF, sendo permitida a participação da equipe no PMAQ-AB;

d) ESF com 03 (três) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas). Nessa configuração, a ESF ficará responsável pelo contingente populacional de 02 (duas) ESF, e o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 02 (duas) ESF, ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB;

e) ESF com 04 (quatro) profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais). Nessa configuração, a ESF ficará responsável pelo contingente populacional de 03 (três) ESF, e o município receberá repasse mensal equivalente a 100% (cem por cento) do valor do incentivo financeiro do PAB-Variável referente a 03 (três) ESF, ficando permitida a participação da equipe no PMAQ-AB;

f) ESF com 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais. Nessa configuração, a ESF é denominada Equipe Transitória, e o município receberá repasse mensal equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo financeiro (PAB-Variável) referente a cada ESF, sendo vedada sua participação no PMAQ-AB. Tendo em vista a presença de médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação das equipes, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo ao limite inferior previsto na Pnab.

A quantidade de ESF da modalidade Equipe Transitória deve observar os seguintes critérios:

1. até 02 (duas) ESF na modalidade Equipe Transitória para municípios com até 20 (vinte) mil habitantes que contem com 01 (uma), 02 (duas) ou 03 (três) equipes de Saúde da Família;

2. nos municípios com até 20 (vinte) mil habitantes que contem com mais de 03 (três) ESF, até 50% (cinquenta) por cento das equipes poderão ser implantadas na modalidade Equipe Transitória;

3. nos municípios com população entre 20 (vinte) e 50 (cinquenta) mil habitantes, até 30% (trinta por cento) das ESF poderão ser implantadas na modalidade Equipe Transitória;

4. nos municípios com população entre 50 (cinquenta) e 100 (cem) mil habitantes, até 20% (vinte por cento) das ESF poderão ser implantadas na modalidade Equipe Transitória;

5. nos municípios com população acima de 100 mil habitantes, até 10% (dez por cento) das ESFs poderão ser implantadas na modalidade Equipe Transitória.

3.3. Os profissionais de saúde bucal serão incorporados às Equipes de Saúde da Família por intermédio de Equipes de Saúde Bucal (ESB), nas seguintes modalidades:

I - ESB I: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) auxiliar de consultório dentário, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF;

II - ESB II: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista, 01 (um) auxiliar de consultório dentário e 01 (um) técnico de higiene bucal, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF.

A implantação da ESB depende da existência, na área de abrangência da ESB, de UBS inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, com os seguintes requisitos mínimos:

a) consultório odontológico para a ESB, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a efetividade da Atenção Básica à saúde.

3.4. Fica prevista a implantação da estratégia de ACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica, devendo-se observar as seguintes diretrizes:

I - existência de uma UBS inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, que servirá de referência para os ACS e para o enfermeiro supervisor;

II - existência de 01 (um) profissional enfermeiro para até 30 (trinta) ACS, o que constituirá uma equipe de ACS, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais;

III - definição de micro-áreas sob a responsabilidade de cada ACS, com população de até 750 (setecentos e cinquenta) habitantes por área;

IV - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde, regulamentado pela Lei nº 10.507, de 2002." (NR)

Art. 2º A alínea "e" do inciso I do item 6 do Capítulo II da Portaria nº 648/GM/MS, de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"6.

I - (...);

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, com a observância da carga horária fixada no item 3.2 desta Portaria;" (NR)

Art. 3º O inciso II do item 5.1 do Capítulo III da Portaria nº 648/GM/MS, de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"5.1.

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 60 (sessenta) dias, implicando a suspensão total do repasse ao município, ressalvados os períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;" (NR)

Art. 4º O Ministério da Saúde realizará, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da data de publicação desta Portaria, as mudanças necessárias nos Sistemas de Informação, bem como divulgará o mecanismo de cadastramento das novas modalidades de Equipe de Saúde da Família e dos seus respectivos profissionais no SCNES.

Art. 5ª Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da competência de novembro de 2011.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 2.028, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Altera para 31 de dezembro de 2011, o prazo definido pela Portaria nº 4.224/GM/MS, de 28 de dezembro de 2010.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 14 da Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, que confere à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a publicação de portaria de regulamentação do cadastramento das Equipes de Internação Domiciliar;

Considerando a existência da oferta da modalidade de Atenção à Saúde por meio da internação domiciliar; e

Considerando a necessidade de assegurar a continuidade dos serviços de internação domiciliar, no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Alterar, para 31 de dezembro de 2011, o prazo definido pela Portaria nº 4.224/GM/MS, de 28 de dezembro de 2010, para os hospitais habilitados em Internação Domiciliar, até a presente data, no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e constantes do Anexo a esta Portaria, se adequarem aos critérios estabelecidos na Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006 ou outra que venha substituí-la.

Parágrafo único. A partir da competência janeiro de 2008, o procedimento Internação Domiciliar é registrado com o código 03.01.05.007-4, conforme consta da Portaria nº 2.848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007.

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

ALEXANDRE ROCHA SANTOSPADILHA

ANEXO

UF	CNES	ESTABELECIMENTO	CNPJ PRÓPRIO	CNPJ MANTENEDORA
AM	2708930	HOSPITAL THOME DE MEDEIROS RAPOSO	697295001845	697295000105
BA	3972925	HOSPITAL DO OESTE		13937131000141
BA	6595197	HOSPITAL DO SUBURBIO	11943553000102	13937131000141
BA	2799758	HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	13937131002608	13937131000141
BA	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	13937131006263	13937131000141
BA	4294	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	13937131004210	13937131000141
BA	4073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	13937131002276	13937131000141
BA	2802023	HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA		13937131000141
BA	2400693	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	13937131002438	13937131000141
BA	3859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	13937131005372	13937131000141
BA	2493845	HOSPITAL MANOEL VICTORINO	13937131005453	13937131000141
BA	2301318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS		13650403000128
BA	2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	13937131001385	13937131000141
BA	4028155	HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO		13937131000141
UF	CNES	ESTABELECIMENTO	CNPJ PRÓPRIO	CNPJ MANTENEDORA
BA	6414702	HOSPITAL REGIONAL URCISINO PINTO DE QUEIROZ		13937131000141
BA	3778	HOSPITAL SAO JORGE	13937131005887	13937131000141
CE	2499364	HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	7954571003987	7954571000104
CE	2497654	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	7954571001429	7954571000104



CE	2563681	HIAS HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	7954571003804	7954571000104	PE	566	CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA		9767633000102
CE	2479214	HM HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES	7954571002239	7954571000104	PE	2777460	HOSPITAL SANTO AMARO	10869782000404	10869782000153
CE	2806215	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAO ELISIO DE HOLANDA		7605850000162	PE	2752743	IMIP HOSPITALAR		9039744000194
CE	2561417	HOSPITAL SAO JOSE DE DOENCAS INFECCIOSAS	7954571003553	7954571000104	PR	5672333	CAPS I		76105568000139
CE	2723220	ICC INSTITUTO DO CANCER DO CEARA	7265515000162	7265515000162	PR	5995280	HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA	24232886008656	24232886000167
DF	2649527	HAB	394700002151	394700000108	PR	2665352	HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO JORGE DO PATROCINIO		77870475000163
DF	10456	HBDF HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	54015000213	394700000108	RJ	2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	29138302001265	29138302000102
DF	2672197	HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA		394700000108	RN	2408570	HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	8241754011007	8241754000145
DF	10510	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	38174000658	38174000143	UF		ESTABELECIMENTO	CNPJ PROPRIO	CNPJ MANTENEDORA
DF	10464	HRAN	54015001619	394700000108	RN	4013484	HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO	8241754010965	8241754000145
DF	10537	HRAS	394700000884	394700000108	RN	2653292	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	8241754010299	8241754000145
DF	10545	HRBZ	54015000485	394700000108	RN	3515168	HOSPITAL REGIONAL DOECLECIO MARQUES DE LUCENA	8241754011937	8241754000145
DF	10480	HRC CEILANDIA	54015001708	394700000108	RS	2232146	FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA DE NOVO HAMBURGO FSNH	11055682000156	11055682000156
DF	10472	HRG	394700000612	394700000108	RS	2232049	HOSPITAL DOM JOAO BECKER	92812049000914	92812049000167
DF	10529	HRP	54015000809	394700000108	RS	2236370	HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR	98591910000190	98591910000190
DF	2645157	HRPA		394700000108	RS	2253046	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA	92238914000294	92238914000103
DF	10502	HRS	54015001880	394700000108	RS	5223962	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA HOSPITAL VIAMAO	92898550000511	92898550000198
DF	10499	HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	394700000965	394700000108	SC	19445	CEPON		86897113000157
DF	10618	HSVP	54015000728	394700000108	SC	2555646	HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	82951245001050	82951245000169
DF	2650355	UNIDADE MISTA DE SAO SEBASTIAO		394700000108	SP	8923	CENTRO HOSPITALAR DE SANTO ANDRE		46522942000130
ES	2546957	HOSPITAL ANTONIO BEZERRA DE FARIAS	27080605000943	27080605000196	SP	2082594	COMPLEXO HOSPITALAR MARCIA E MARIA BRAIDO	44393916000124	44393916000124
ES	2486199	HOSPITAL DORIO SILVA	27080605001591	27080605000196	SP	2090236	FUNDACAO PIO XII	49150352000112	49150352000112
ES	11819	HOSPITAL SAO LUCAS	27080605000277	27080605000196	SP	2786435	HCSVP HOSPITAL SAO VICENTE	50944198000130	50944198000130
MA	2454904	HOSPITAL GERAL MUNICIPAL	1381592000100	6331110000112	SP	2025507	HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE CLINICO CIRURGICO		9161265000146
MA	2457121	HOSPITAL PROBLEMA	7309701000156	7309701000156	SP	2081202	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS		46522967000134
MG	2146355	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	25648387000118	25648387000118	SP	2081059	HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA		45751435000106
MG	2192896	HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	16692121000181	16692121000181	SP	2801051	PRONTO SOCORRO CENTRAL DE DIADEMA		46532347000193
MG	2761041	HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS	25863390000154	25863390000154	SP	2069776	PS CENTRAL VEREADOR JOSE TUDO AZUL GINIZ RAMBLE	57571275001255	57571275000100
MG	26794	HOSPITAL SOFIA FELDMAN	25459256000192	25459256000192	SP	2079917	SANTA CASA DE LOUVEIRA	46959862000147	46959862000147
MG	2208156	HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA		18338178000102					
PA	2337339	HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL HABILITADO PINOTI		7917818000112					
PA	2332981	HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO	34621748000476	34621748000123					
PA	2694778	HPSM DR HUMBERTO MARADEI PEREIRA		7917818000112					

PORTARIA Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único, do art. 87 da Constituição,

Considerando o disposto no art.198 da Constituição de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008; e

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e

III - cuidador como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do

período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e a Rede de Atenção à Saúde, a partir do Plano de Ação Regional, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;

III - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas multidisciplinares baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

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

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Do Serviço e Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 6º O SAD deverá estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 7º A EMAD deverá atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde tais como hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD.

Art. 8º Não serão admitidas superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional de 100.000 habitantes.

Art. 9º Para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar quando clinicamente indicadas, será designada 1 (uma) EMAP para, no mínimo, 3 (três) EMAD.

Art. 10. Para admissão do usuário no SAD, deverá haver concordância do usuário e familiar, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 11. O SAD se organizará em três modalidades, de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Seção II Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 12. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.

Art. 13. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Parágrafo único. As equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família que executarão as ações na AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatoriais de especialidades e de reabilitação.

Art. 14. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos pacientes atendidos na modalidade AD1 deverão estar instalados na estrutura física das próprias Unidades Básicas de Saúde.

Art. 15. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD1, a existência das seguintes situações:

I - apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitar de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 16. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável a presença de um cuidador identificado.

Art. 17. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

Art. 18. Na modalidade AD2 deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 19. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD2, a existência de, pelo menos, uma das seguintes situações:

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

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos;



XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

ou XIV - necessidade de fisioterapia semanal.

Art. 20. 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, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável a presença de um cuidador identificado.

Art. 21. A prestação de assistência à saúde nesta modalidade é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

Art. 22. Na modalidade AD3 deverá ser garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 23. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD3, as seguintes situações:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O2);

b) diálise peritoneal; e

c) paracetamol.

Art. 24. São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Parágrafo único. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderão acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro tipo de serviço adequado ao seu caso.

Art. 25. Uma EMAD poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e deverá ter a seguinte composição mínima:

I - 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais;

II - 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais;

III - 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e

IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

Art. 26. O SAD deverá organizar o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia e garantir o cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar, nesses casos, o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção.

Art. 27. Cada EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, utilizando como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 (sessenta) pacientes.

Art. 28. Uma EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. O SAD que não contar com EMAP e que optarem pelo Assistente Social na Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar EMAD deverá garantir reabilitação aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e /ou ambulatórios de reabilitação.

Art. 29. As modalidades de AD2 e AD3 deverão contar com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento, que contemple: equipamentos, material permanente e de consumo, aparelho telefônico e veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Parágrafo único. Os equipamentos e os materiais citados no caput, bem como os prontuários dos pacientes atendidos nas modalidades AD2 e AD3 deverão ser instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor.

Art. 30. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;

II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;

VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores; e

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

CAPÍTULO III

DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 31. Para a organização da Atenção Domiciliar como componente da Rede de Atenção às Urgências serão obedecidas as fases para a sua constituição, previstas na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 2011 da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 32. Para a Habilitação dos Serviços, criação de equipes e/ou ampliação de equipes de serviços já habilitados nas modalidades AD2 e AD3, o gestor deverá enviar ao Ministério da Saúde o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com os seguintes requisitos:

I - especificar o número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP, que estão sendo criados ou ampliados com o impacto financeiro, observando o critério populacional de 100.000 habitantes para cada EMAD e, no mínimo, 300.000 habitantes para cada EMAP;

II - descrever a inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar a retaguarda de especialidades, métodos complementares de diagnóstico, internação hospitalar e remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU);

III - apresentar a proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;

IV - informar o estabelecimento de saúde inscrito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) em que cada EMAD deverá estar alocado;

V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

VI - informar o programa de qualificação do cuidador;

VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e

VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referência indicadores da literatura nacional e internacional, incluindo aqueles estabelecidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - nº 11, de 26 de janeiro de 2006.

Parágrafo único. Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do município no qual o SAD em questão estará alocado.

CAPÍTULO IV

DOS ESTABELECIMENTOS COM HABILITAÇÃO EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 33 Os Estabelecimentos de Saúde credenciados no serviço 13.01-internação domiciliar até a data da publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde na modalidade internação domiciliar (Código 13.01).

Art. 34 Somente os estabelecimentos públicos, atualmente habilitados em internação domiciliar (Código 13.01), poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar, habilitado pelo Código 13.02.

Parágrafo único. A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de atenção domiciliar, de acordo com o disposto no caput deste Artigo, deverá seguir o trâmite e requisitos dispostos no capítulo III desta Portaria.

CAPÍTULO V

DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 35. O SAD que preencher os requisitos constantes nesta Portaria estará apto a receber os recursos financeiros de custeio para sua manutenção, por meio de transferência fundo a fundo.

§ 1º O Ministério da Saúde repassará os recursos na forma de incentivo mensal no valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD, que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3 e o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP, após recebimento de documentação pelo Ministério da Saúde enviada pela CIB, que comprove a aprovação da habilitação do serviço e a criação de cada equipe.

§ 2º O valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) previsto no parágrafo anterior corresponde a 80% (oitenta por cento) do valor de referência para custeio da EMAD.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. Deverá ser incluída na Tabela de Habilitações do SCNES, a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar conforme a tabela 1 disposta no Anexo a esta Portaria.

Art. 37. Deverá ser incluído no Serviço Especializado, 113 - Serviço de Atenção Domiciliar, no módulo de Serviço Especializado do SCNES, as classificações conforme tabela 2 disposta no Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Os serviços de Atenção Domiciliar aos quais se refere esta portaria somente serão cadastrados em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias municipais de saúde, ou secretarias estaduais de saúde, ou o Distrito Federal.

Art. 38. Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável, quando o proponente for uma Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde para procedimentos de Média e Alta Complexidade, quando o proponente for uma Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 39. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a pacientes oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 40. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 41. Fica revogada a Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 202, de 20 de outubro de 2006, Seção 1, páginas 145-148.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

Tabela 1

Código	Descrição
13.02	Habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar.

Tabela 2

Serviço Especializado	Código da Classificação	Descrição da Classificação das Equipes	Descrição das Equipes
113 - Serviços de Atenção Domiciliar	003	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD	
	004	Equipe Multiprofissional de Apoio - EPAD	

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 267, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelos artigos 3º, 4º, incisos IV, V, XV, XXIV, XXVI, XXVII, XXXI, XXXII e XLI, alínea "b"; e 10, incisos I e II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; pelo artigo 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e considerando o disposto no artigo 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; nos artigos 3º, inciso II, 4º e 9º, todos da RN nº 139, de 24 de novembro de 2006; em reunião realizada em 12 de julho de 2011, adotou a seguinte resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa institui o programa de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE DIVULGAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 2º A política de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar será regida pelos seguintes princípios:

I - divulgação à sociedade dos atributos que qualificam os prestadores de serviços, aprimorando a capacidade de escolha de cidadãos e instituições;

II - natureza indutora da melhoria da qualidade assistencial;

III - caráter voluntário da participação dos prestadores de serviços, ressalvados os casos estabelecidos no parágrafo primeiro do presente artigo;

IV - valorização das operadoras segundo a qualificação de sua rede de prestadores de serviços; e

V - uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial para avaliar prestadores de serviços e apontar padrões de referência para esforços de melhoria contínua dos processos e resultados.

§ 1º Nos casos de estabelecimentos de saúde pertencentes à rede própria de operadoras, as referidas operadoras obrigam-se a prestar as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial constante do inciso V do caput deste artigo.