

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) paracentese.

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 alocada;

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.