GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL

NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2025

ATENÇÃO DOMICILIAR - ORIENTAÇÕES AOS GESTORES MUNICIPAIS

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ASSUNTO:

O Grupo de Trabalho da SES/RS composto pelos Departamentos **DAPPS/DGAE/DRE** elaborou a presente Nota Técnica, com o objetivo de orientar os gestores municipais e os profissionais de saúde frente às demandas de AD (Atenção Domiciliar), diferenciando a necessidade de cuidado e de acordo com o nível de atenção à saúde. Além disso, este documento visa orientar a necessidade de uma avaliação da rede de assistência regional em que o município está inserido.

CONTEXTUALIZANDO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados.

Essa modalidade de atenção está disponível no SUS de acordo com as necessidades do paciente e que esse cuidado pode ser realizado por diferentes equipes.

A adesão aos Serviços de Atenção Domiciliar otimiza o uso de leitos e recursos hospitalares, amplia o retorno ao lar, além de representar uma redução da sobrecarga das Portas de Urgência.

A AD possui modalidades distribuídas na RAS conforme o quadro a seguir:

Modalidade	Nível de atenção correspondente e cuidados necessários	Periodicidade das visitas/ atendimentos
AD1	**Atenção Básica -** Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde, com pouca demanda por procedimentos complexos ou por equipamento e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.	De acordo com a necessidade do usuário, mensal ou prazo maior.
AD2/AD3	**Serviço de Atenção Domiciliar ou equipe multiprofissional -** Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam 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 contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que necessitam de maior uso de tecnologia e maior necessidade de visitas multiprofissionais.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.

Fonte: Brasil (2015); Brasil (2020).

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância do cuidado domiciliar como uma das respostas aos desafios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos que o mundo atravessa (HERMANN, *et al*, 2018). A Atenção Domiciliar tem se expandido em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm tomando lugar, tanto no Brasil quanto no cenário mundial, para atender à necessidade de viabilidade e sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, bem como pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, reduzindo as iniquidades em saúde (PROCOPIO *et al*, 2019).

Desse modo, observa-se um aumento na demanda de AD com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, que têm possibilitado maior taxa de sobrevida das pessoas, além do atual contexto econômico e social.

Quanto ao envelhecimento populacional, constata-se aumento expressivo da população com 60 anos ou mais de idade, que representa 18,2% dos gaúchos, tornando o RS o Estado mais envelhecido do Brasil. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3%, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres (PES, 2021).

A atenção domiciliar é uma forma de assistência à saúde que ocorre no domicílio. É por intermédio da visita que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde.

Para efeitos desta Nota Técnica, serão utilizados os seguintes conceitos:

Atenção Domiciliar: conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, promovendo atendimento humanizado e personalizado, prestado através de visitas domiciliares realizadas tanto pelas equipes de atenção básica ou por equipes habilitadas de atenção domiciliar (Programa Melhor em Casa).

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): regido pela Portaria de Consolidação Nº 5/2017, serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das

Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Internação Domiciliar (*Home Care*): prestação do cuidado em nível domiciliar, para usuários com maior nível de dependência e restrição de mobilidade, que necessitam de tecnologia, equipamentos, materiais, medicamentos e assistência de enfermagem e/ou cuidador em tempo integral ou semi-integral. Esta modalidade não é elegível para provimento pelas equipes habilitadas em atenção domiciliar (Portaria de Consolidação 05/2017, Capítulo III, Seção I, Art. 544), as quais competem somente as visitas domiciliares, procedimentos médicos e de enfermagem e orientações ao cuidador.

2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Rio Grande do Sul figura dentre os estados com os mais elevados índices de judicialização em saúde do País. O enfrentamento deste tema representa um desafio à gestão estadual do Sistema Único de Saúde, bem como aos demais órgãos responsáveis pela administração da justiça no âmbito do Estado.

Neste contexto, os pedidos de fornecimento de home care junto ao Poder Judiciário geram atualmente o maior impacto financeiro dentre os tratamentos buscados, percebendo-se uma tendência de crescimento expressivo a partir de 2021. Em 2024, o home care passou a ocupar no Rio Grande do Sul o primeiro lugar dentre os tratamentos mais custosos *per capita*.

O home care é um serviço de média e alta complexidade que, apesar de dispendioso, destina-se a atender um número comparativamente restrito de usuários. Mais criticamente, o serviço é contínuo e tende a se prolongar no tempo, gerando complexidades adicionais em razão das frequentes alterações na conduta terapêutica e as consequentes acomodações destas dentro das limitadas margens legais dos contratos administrativos.

Os serviços específicos mais demandados são prestados por profissionais de enfermagem, técnico de enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia. Afora isso, concorrem requerimentos para fornecimento conjunto de equipamentos e medicamentos, muitos dos quais frequentemente já disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Diferentemente do que ocorre com a maioria dos processos em saúde, que são patrocinados pela Defensoria Pública, as demandas de home care são majoritariamente propostas por advogados

particulares, e embasadas, também, por laudos fornecidos por profissionais vinculados a clínicas privadas.

Como consequência dos altos valores envolvidos, os processos desta natureza tornam-se um ambiente propício a fraudes e desperdícios, não sendo raro constatar a associação de empresas prestadoras, escritórios de advocacia e profissionais da saúde no intuito de direcionar o paciente a determinados tratamentos, muitos dos quais sem qualquer justificativa clínica.

Finalmente, pode-se afirmar que a judicialização da saúde representa um desafio administrativo, orçamentário e operacional, cuja superação reside na coordenação e cooperação entre os entes federativos, no âmbito de suas respectivas atribuições constitucionais e legais, e na criação de mecanismos voltados a, de um lado, entregar à população os serviços de que comprovadamente necessita e, de outro, refrear o ímpeto contencioso e frequentemente predatório observado em demandas judiciais desta natureza, em detrimento da saúde dos pacientes e do erário.

3. ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DAS DEMANDAS RELACIONADAS À ATENÇÃO E À INTERNAÇÃO DOMICILIAR

3.1 **Orientações Gerais:**

- Instituir, no âmbito municipal, um Grupo de Trabalho responsável por identificar e avaliar as demandas relacionadas à atenção e à internação domiciliar. Recomenda-se que este grupo seja composto por equipe multiprofissional com expertise nos dispositivos de saúde e assistência social disponíveis no território, bem como domínio dos fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos no município;
- Priorizar a constituição/ampliação de equipes de Atenção Domiciliar no território;
- Buscar promover cobertura populacional de Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de 70%, visando atingir a efetividade deste nível de atenção;
- Potencializar o trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) ou demais conformações de equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais da APS, compartilhando as práticas e saberes em saúde. A eMulti e as equipes multiprofissionais devem trabalhar na lógica do apoio matricial, discutindo casos, realizando atendimentos compartilhados (entre equipe multiprofissional e equipe da APS vinculada), construindo conjuntamente projetos terapêuticos,

desenvolvendo ações de educação permanente, intervindo no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, criando ações intersetoriais, prevenção e promoção da saúde, discutindo o processo de trabalho das equipes, etc;

- Articular o processo de trabalho das equipes de atenção domiciliar e atenção primária entre os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, serviços de assistência e rede de apoio que poderá ser construída na comunidade. Para esta articulação sugere-se utilizar de dispositivos de referência e contrarreferência, atendimentos conjuntos, ações de apoio matricial, elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e outras atividades que poderão ser desenvolvidas entre as equipes;
- Realizar o diagnóstico populacional do município, identificando os usuários ou famílias que necessitem de acompanhamento por meio das equipes de Atenção Domiciliar ou de Atenção Primária e de usuários em situações que configurem Internação Domiciliar;
- Identificar o número de usuários em situação de restrição de mobilidade no município, tais como: usuários acamados, restritos ao domicílio e/ou; com situações específicas que impedem/dificultam seu atendimento na unidade de saúde;
- Realizar/conhecer o mapeamento da RAS, ou seja, os serviços de saúde existentes e seus fluxos pactuados;
- Identificar dispositivos da rede intersetorial (assistência social, segurança pública e demais políticas públicas), dado que as condições de saúde, especialmente as situações mais complexas, geralmente envolvem outras demandas que não apenas as de assistência à saúde. Dessa forma, conhecer os fluxos de encaminhamento a estes serviços é importante para maior efetividade no cuidado aos usuários, especialmente os que se encontram em maior situação de vulnerabilidade;
- Importante conhecer as ofertas de formação aos familiares, como por exemplo o Curso de e Formação de Cuidador de Pessoas Idosas, ofertado pela Escola de Saúde Pública (ESP), em parceria com o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde – Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida/Política de Saúde da Pessoa Idosa. O objetivo do curso é formar cuidador de pessoas idosas, familiares ou leigos de nível médio, pela construção de conhecimentos teóricos e práticos sobre o envelhecimento e cuidado diário, capazes de habilitá-los para a prática de cuidados à saúde e bem-estar da pessoa idosa. Por ano cerca de 3 turmas são ofertadas, na modalidade híbrida (aulas teóricas online e aula presencial com dois encontros presenciais);
- Quando for solicitado à CRS ou à SMS uma negativa do fornecimento do serviço de Home Care, o município deverá fornecer uma **declaração descritiva,** preferencialmente por meio de visita domiciliar, nomeando os itens que já são ou serão fornecidos pelo município, incluindo meios de acesso aos profissionais, equipamentos e insumos (por exemplo: serviços de reabilitação pactuados, que fornecem cadeira de rodas).

3.2. Orientações específicas para o cuidado individual:

- Oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar a usuários que demandem cuidados domiciliares;
- Articular com a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência implantada no Estado do Rio Grande do Sul. Integram essa rede assistencial serviços de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, conforme apêndice III;
- Pautar o processo de trabalho pela educação em saúde, a partir das necessidades locais, buscando o fortalecimento da equipe e rede do território a qual pertence, por meio de ações que qualifiquem o trabalho e a atenção prestada;
- Pactuar plano de cuidados integrado dos usuários e compartilhar com dispositivos da Rede de Atenção à Saúde e demais pontos de atenção do território, conforme necessidades identificadas;
- Elaborar PTS considerando a necessidade e duração total do tratamento, frequência das visitas domiciliares, possibilidades de teleatendimento e realização de procedimentos médicos e de enfermagem pelas equipes de atenção primária ou atenção domiciliar. Para uma avaliação do usuário, quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica, pode-se consultar as escalas disponíveis no documento do Ministério da Saúde - Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde;
- Nas situações em que o usuário apresentar ferida crônica, consultar a Nota Técnica Conjunta SES nº 14/2023, a qual descreve acerca dos critérios de estratificação de risco, orientações de cuidado e encaminhamento dos usuários com feridas crônicas, a nota pode ser acessada no endereço eletrônico:
https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202312/13154109-nota-tecnica-feridas.pdf
- Salienta-se que as equipes de Atenção Primária poderão se tornar referências para todos os usuários em AD, caso haja necessidade e as equipes tenham condições técnicas e de infraestrutura para acompanhar a(s) demanda(s);
- Identificar a pessoa ou profissional responsável pelo cuidado domiciliar. Sugere-se estimular o restabelecimento de laços familiares rompidos anteriormente e acionar serviços de assistência social, se necessário;
- Garantir ao paciente e à família apoio e educação em relação ao seu estado de saúde, por meio das equipes e profissionais da RAS disponíveis no município;
- Avaliar a possibilidade de intercalar visitas/atendimentos domiciliares com contato telefônico ou vídeochamadas (telemonitoramento), sem que haja prejuízo à realização de procedimentos médicos ou de enfermagem presenciais;

- Nas situações em que a visita do profissional for indispensável, como por exemplo: administração de medicações parenterais, necessidade de reabilitação, troca de dispositivos (sonda nasoenteral, gastrostomia etc.), paracentese, punção venosa e outros, cabe ao município garantir o atendimento ao usuário, conforme disponibilidade e organização da RAS local;
- Garantir atendimento móvel de urgência e retaguarda para internação em caso de intercorrências e necessidade de hospitalização;
- Pactuar com os serviços hospitalares que os usuários com múltiplas comorbidades e risco para reinternações sejam notificados às equipes de atenção domiciliar/atenção primária, para continuidade do cuidado em 7 a 14 dias após alta hospitalar, de acordo com a gravidade do caso, a disponibilidade dos profissionais e de transporte, se necessário;
- Respaldar-se na Portaria SES/RS nº. 556/2010, que institui o Programa Oxigenoterapia Domiciliar/Projeto de Assistência Ventilatória não invasiva (PAV). O referido dispositivo aprova as normas técnicas que preconizam as indicações para a utilização de oxigenoterapia domiciliar, define os fluxos, as rotinas padronizadas para este fim e as responsabilidades das partes envolvidas no processo - usuário, SMS, CRS, SES/RS e as empresas contratadas.

3.3. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC)

A Portaria GM/MS Nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024 atualizou as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

Para habilitação das equipes previstas no Programa Melhor em Casa, o pleito deve estar previsto no Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e o gestor municipal é responsável por cadastrar proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

São requisitos para habilitação, que o município possua:

I - população municipal igual ou superior a 20.000 habitantes, com base na população mais recente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), podendo ser atingida por um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios com prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR).

II - um hospital de referência no município ou região a qual integra; e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

As equipes do SAD deverão ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes, sendo elas:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD):

a) **EMAD Tipo 1:** composta por médico(s) com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe; enfermeiro(s) com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 60 horas de trabalho por equipe; fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho por equipe; e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas de trabalho por equipe. Faz jus ao incentivo federal de **R$ 65.000,00** por mês para cada equipe;

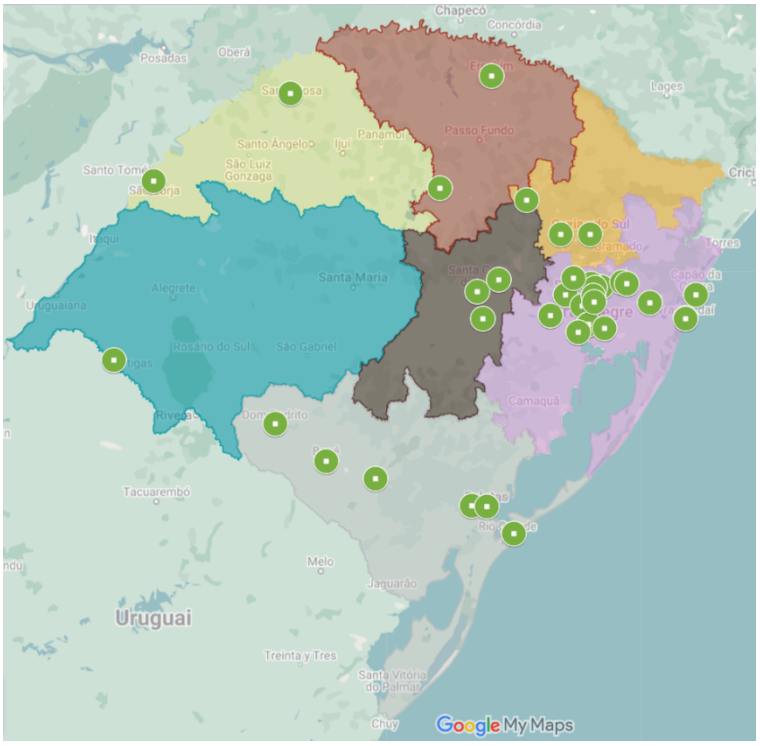
b) **EMAD Tipo 2:** composta por médico com carga horária semanal de, no mínimo, 20 horas de trabalho; enfermeiro com carga horária semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho; fisioterapeuta ou assistente social com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho; e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas de trabalho. Faz jus ao incentivo federal de **R$ 44.200,00** por mês para cada equipe.

II - **Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)**: composta por, no mínimo, 3 profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das carga horária semanal de seus integrantes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; ou terapeuta ocupacional. Faz jus ao incentivo federal de **R$ 7.800,00** por mês para cada equipe.

III - **Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)**: composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as ocupações a seguir: Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Terapeuta ocupacional; Psicólogo; e Enfermeiro. A carga horária semanal será de 60h de trabalho, com custeio federal mensal de **R$ 7.800,00**.

Atualmente no Rio Grande do Sul existem habilitadas: 40 EMAD tipo I, 12 EMAD tipo II e 13 EMAP.

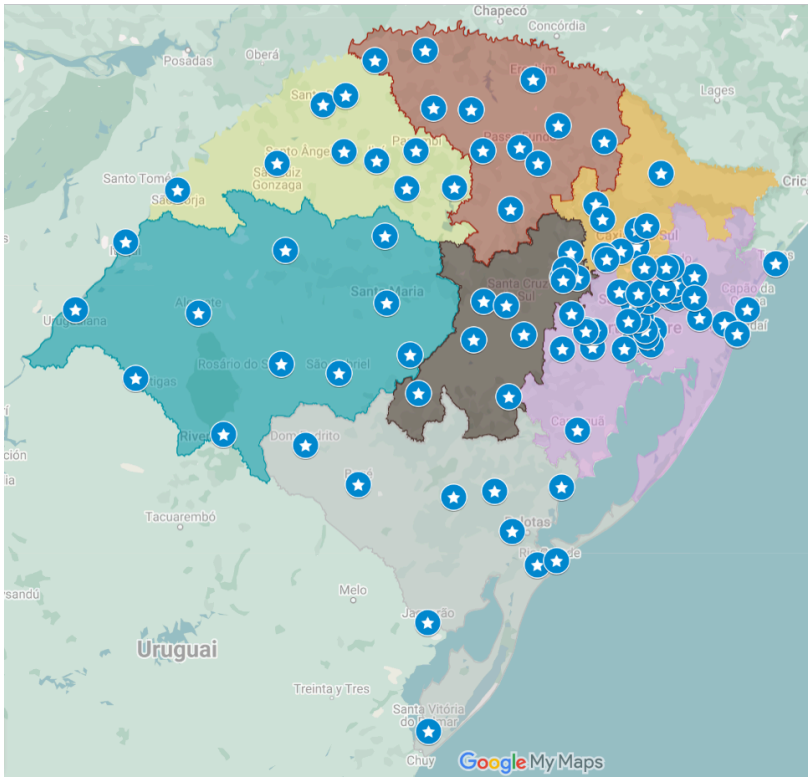
Figura 1: Serviços de atenção domiciliar habilitados no Estado:



Fonte: Elaborado pela Divisão da Atenção Especializada do Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

De acordo com os parâmetros da portaria da Atenção Domiciliar vigente, há potencial para o seguinte cenário: 47 EMAD I, 46 EMAD II e 104 EMAP.

Figura 2: Municípios que atendem aos parâmetros da Portaria para habilitação de equipes do Programa Melhor em Casa.



Fonte: Elaborado pela Divisão da Atenção Especializada do Departamento de Gestão da Atenção Especializada

Para o detalhamento das equipes habilitadas e com potencial para habilitação das regiões e municípios, acessar o link abaixo: https://www.google.com/maps/d/u/3/viewer?hl=pt-BR&mid=1gWDM0JKUVcUsIUmFQPv_hwdSvSC1T80&ll=-30.11648274020497 2%2C-54.47635551953147&z=5

3.4 Equipes de Cuidados Paliativos

A Portaria GM/MS Nº 3.681, de 07 de maio de 2024 institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Através desta política o Ministério visa implementar equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos, distribuídas de acordo com as regiões/macrorregiões de saúde. Há dois tipos de equipes de cuidados paliativos previstas nesta Portaria: I - Equipe Matricial de Cuidados Paliativos - EMCP; e II - Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos - EACP.

A EMCP se constituirá como uma equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual, responsável por realizar apoio aos pontos de atenção da RAS na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização.	A EACP se constituirá como uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, podendo ser para mais de um município, para adultos e/ou crianças, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito.
A EMCP deverá estar vinculada a um ponto de atenção da RAS do seu território de atuação, dispondo, durante todo o horário de funcionamento, de infraestrutura física com sala de comunicação equipada com telefone e internet para toda a equipe, para a realização de ações contínuas de telessaúde e, conforme o caso, transporte para ações no território.	As EACP poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.
Poderão ser implementadas na proporção de uma equipe para cada fração de território com 500.000 (quinhentos mil) habitantes de uma mesma macrorregião de saúde.	Terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados.
Terá a seguinte composição com carga horária semanal - CHS mínima, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO: I - 40 (quarenta) horas para profissionais médicos; II - 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros; III - 30 (trinta) horas para profissionais assistentes sociais; e IV - 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos. Poderão ser acrescidas de um profissional médico pediatra, com CHS de, no	Terá a seguinte composição com CHS mínima, conforme a CBO: I - 20 (vinte) horas para profissionais médicos; II - 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros; III - 30 (trinta) horas para profissionais assistentes sociais; IV - 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos; e V - 90 (noventa) horas para profissionais técnicos de enfermagem.

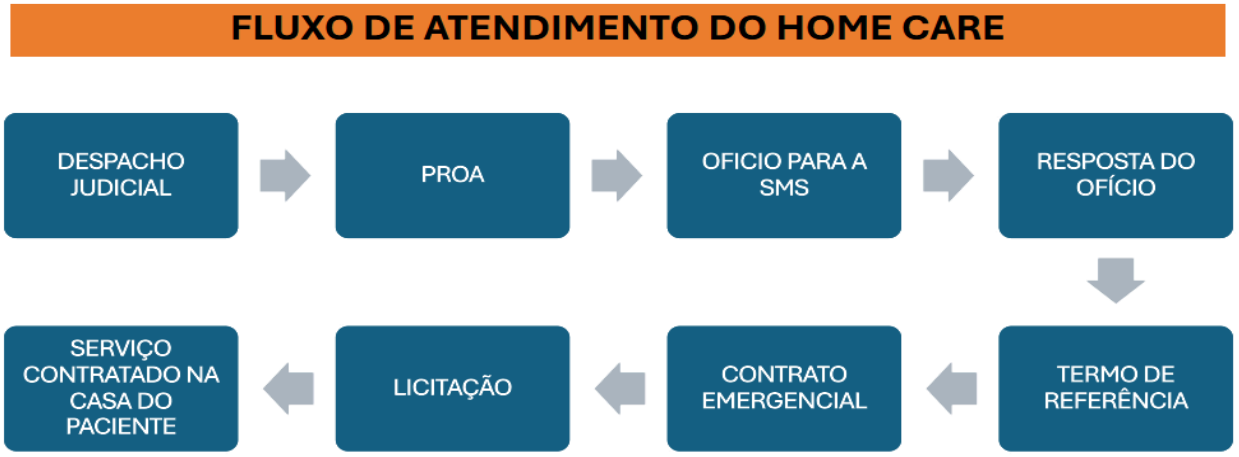
mínimo, 20 (vinte) horas.	
Os valores mensais de custeio para as equipes de cuidados paliativos serão: I - EMCP: R$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais); II - EMCP com pediatra: R$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais);	Os valores mensais de custeio para as equipes de cuidados paliativos serão: III - EACP: R$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais).

A Resolução CIB/RS 017/2025 aprova o número de equipes de cuidados paliativos por região de saúde no Estado e estabelece o fluxo para solicitação de habilitação das equipes que compõe a Política Nacional de Cuidados Paliativos. A documentação prevista para a habilitação e constante na Portaria Federal deve ser anexada ao Sistema de Processos Administrativos - PROA da Secretaria Estadual de Saúde pela Coordenadoria Regional de Saúde do município e/ou prestador proponentes à Divisão da Atenção Especializada do Departamento de Gestão da Atenção Especializada. As solicitações referentes às equipes assistenciais e às equipes matriciais deverão ser aprovadas em Reunião da Comissão Intergestores Bipartite/RS.

3.5 Fluxo de Atendimento do Home Care por demanda judicial

Nas situações em que em que há liminar deferida para a aquisição do serviço com solicitação via judicial, para que a Secretaria Municipal de Saúde possa colaborar com a resolução das demandas judiciais é relevante que conheça o fluxo de atendimento do Home Care, a seguir.

Figura 3 - Fluxo de atendimento do Home Care



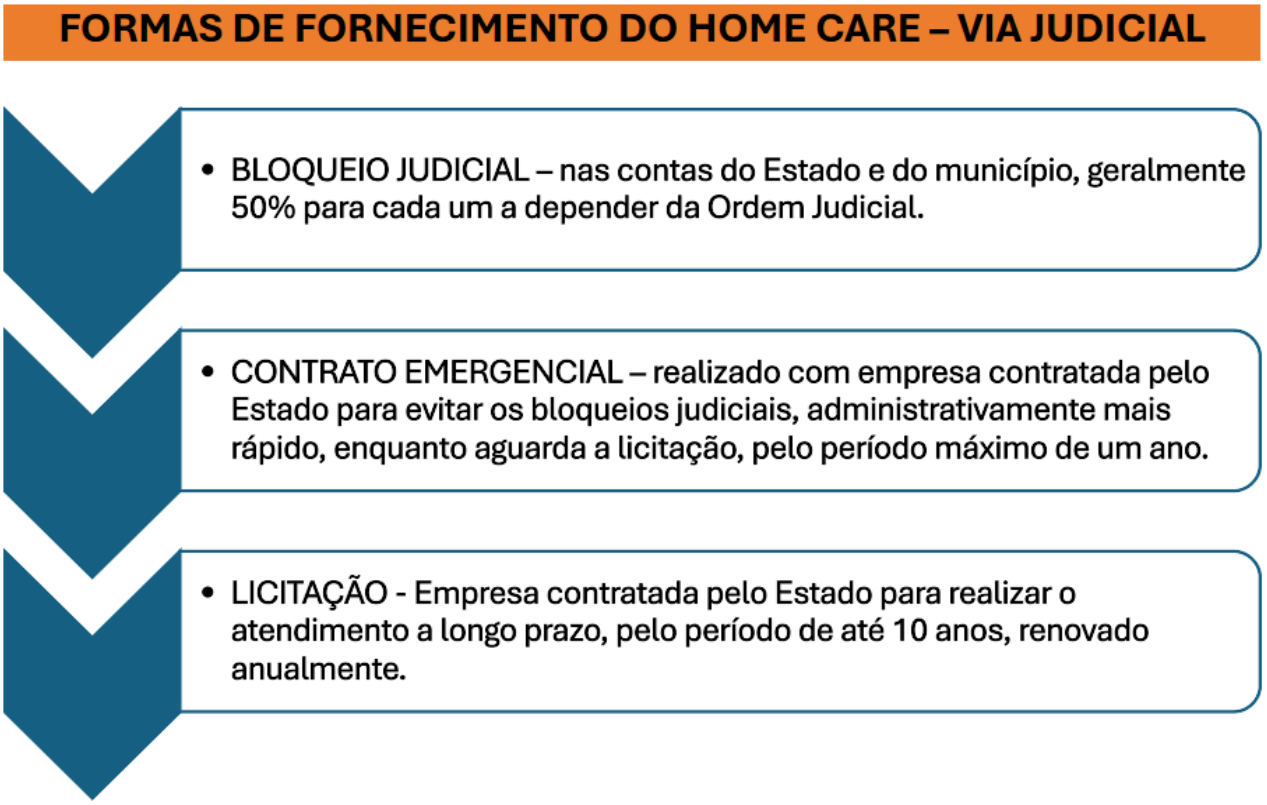
Ao receber o **Despacho Judicial** contendo petição inicial e laudo médico, na Assessoria Jurídica

(AJ) é aberto o **PROA** e encaminhado para o Núcleo de Ações Judiciais (NAJUR) no Departamento de Regulação Estadual (DRE). Os técnicos do NAJUR recebem a demanda e encaminham **Ofício para Secretaria Municipal de Saúde** do município de residência do paciente que está solicitando o Home Care. Neste Ofício estão descritas as patologias do paciente e os serviços, equipamentos e insumos deferidos na Ordem Judicial. É solicitado à SMS que realize visita domiciliar por equipe multiprofissional na qual conste obrigatoriamente **um profissional médico**, para que seja realizada uma **Avaliação Inicial**, a fim subsidiar a defesa do Estado, e elaboração do **Termo de Referência** que irá embasar o **Processo de Contrato Emergencial** e o **Processo Licitatório.**

É de suma importância que o município responda o ofício para que o termo de referência seja construído de forma fidedigna e adequada às necessidades do usuário

Vale destacar que na avaliação do Grupo de Trabalho, seja verificado de que forma o usuário está sendo atendido pelo Serviço de Home Care, considerando as formas de fornecimento descritas abaixo (Figura 4).

Figura 4 – Formas de fornecimento de Home care por via judicial



Fonte: elaboração própria

3.5.1 Avaliação Inicial

O grupo de Trabalho multiprofissional, instituído no âmbito municipal, conforme descrito no item 3.1, realizará a avaliação inicial a partir do Ofício enviado pelo NAJUR/DRE. Esta avaliação tem vários objetivos, conforme segue:

- Confirmar identificação e endereço do paciente;
- Assegurar a assistência ao usuário conforme diretrizes do SUS;
- Descrever a situação de saúde do paciente;
- Elaborar o Plano Terapêutico Singular, considerando a inserção do paciente da Rede de Atenção em Saúde do território, quando possível;
- Identificar as necessidades de profissionais, equipamentos e insumos;
- Informar quais itens já são ou serão ofertados pelo município, considerando os itens disponíveis na rede municipal;
- Informar se o domicílio do paciente comporta o serviço de Home Care;
- Informar sobre serviços oferecidos na Rede de Saúde do Município e quais as condições de deslocamento do usuário até os serviços de referência/reabilitação disponíveis;
- Contestar algum serviço/equipamento/insumo que o usuário não utiliza ou não tem condições de utilizar (por exemplo: fonoaudiologia para paciente inconsciente);
- Propor alternativas aos serviços deferidos e que não poderão ser ofertados por alguma condição ou poderão ser ofertados de outra forma (por exemplo: sondagem vesical de alívio). Considerando a Resolução COFEN nº 564/2017:

> CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES (...) Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.
> Parágrafo único. O dispositivo no *caput* não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

- Encaminhar as demandas administrativas, de acordo com as orientações a seguir:

  A) **Fraldas:** conforme Resolução CIB/RS 305/2021, os recursos foram admitidos ao componente sóciodemográfico do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS), além de previsto no Programa Federal - Farmácia Popular;

  B) **Medicamentos:**

  A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME (Portaria GM/MS N.° 6.324, de 26 de dezembro de 2024), estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no SUS, e compreende a seleção e a padronização de

medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

No SUS os medicamentos estão divididos por componentes:

- **O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)** é constituído por uma relação de medicamentos e insumos farmacêuticos,, listados no Anexo I e IV da RENAME, para atendimento aos principais agravos e programas de saúde da Atenção Básica. O seu financiamento é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do CBAF é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Municípios a seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação. Na Atenção Básica também são ofertados os contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher e as Insulinas NPH e Regular cuja aquisição é centralizada pelo Ministério da Saúde. os usuários podem solicitar fornecimento através das Farmácias Básicas e/ou distritais do município de residência;

- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)**, está descrito nos Anexos II e IV da RENAME. Esse elenco de medicamentos destinam-se ao tratamento e controle de doenças e agravos específicos, contemplados em programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde. O financiamento deste elenco se dá pelo Ministério da Saúde, responsável pela sua aquisição e distribui esses itens aos estados e ao Distrito Federal, cabendo a esses o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios. Os usuários devem encaminhar a solicitação junto às Unidades de Saúde do município onde reside;

- **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos constam no Anexo III da RENAME e estão descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), com atributos específicos que garantem a gestão do componente por meio de sistemas de informação, bem como, o cumprimento dos critérios definidos nos PCDTs. Os usuários são atendidos na Farmácia de Medicamentos Especiais-FME do município onde reside, também é possível utilizar a Plataforma https://farmaciadigital.rs.gov.br/ para solicitar e renovar tratamento medicamento, consultar endereço da FME por município, quais os documentos necessários para instruir o processo administrativo, a lista de medicamentos fornecidos, e a partir do cadastro consultar o estoque; - -

- **Medicamentos Especiais:** Além dos componentes referidos, o estado disponibiliza aos usuários outros medicamentos, fórmulas, suplementos e dietas enterais elencados na Relação de Medicamentos Especiais, conforme Portaria/SES/RS nº 995/2022. Os usuários devem

encaminhar pedido de fornecimento através das FMEs e pela plataforma https://farmaciadigital.rs.gov.br/

Em 2021, 446 municípios aderiram ao Programa de Financiamento - Farmácia Cuidar + , cuja adesão tinha como objetoampliação, qualificação e promoção dos Serviços Farmacêuticos Clínicos-SFC, é possível consultar informações sobre o Programa Cuidar +, inclusive a listagem dos municípios que aderiram, no link https://saude.rs.gov.br/programa-farmacia-cuidar-mais

C) **Órteses, próteses e materiais especiais (OPME):** há itens que podem ser dispensados pelos serviços de reabilitação de referência para o município, mediante avaliação no serviço, agendado via GERCON, para saber quais são estes itens, acesse as Diretrizes da Reabilitação Física e Concessão de OPM do RS, disponível em: DIRETRIZES DA REABILITAÇÃO FÍSICA E ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO DO RS;

D) **Insumos:** município deve fornecer insumos disponíveis na sua rede local;

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf. Acesso em 11 agosto, 2021.

2. **Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.** - título IV, capítulo III. https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida o-n--5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf. Acesso em 11 agosto, 2021.

3. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde** - título III, capítulo II, seção V e anexo XXVIII.

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf.Acesso em 11 agosto, 2021.

4. **Portaria/SES nº. 556/2010, que institui o Programa Oxigenoterapia Domiciliar/Projeto de Assistência Ventilatória não invasiva. (PAV)** .https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/12111529-556-10.pdf

5. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020/2023**. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2021.

6. Hermann, Ana Paula et al. **Enhancing the process of teaching and learning homecare**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 1 [Acessado 30 Julho 2021] , pp. 156-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0541>. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0541.

7. Lacerda, Maria Ribeiro et al. **Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade [online]. 2006, v. 15, n. 2 [Acessado 30 Julho 2021] , pp. 88-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>. Epub 07 Mar 2008. ISSN 1984-0470. https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009.

8. DAL BEN, L. W. **Home care**. Médicis, São Paulo, n. 11, p. 14-17, jul./ago. 2001.

9. RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar: uma 'nova' modalidade de atenção à saúde.** Disponível em: <http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm>. Acesso em: 5 ago. 2004.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.

11. JESUS Thiago Alisson Cardoso, KZAM Samuel Duarte. **A Judicialização do direito à Saúde e as principais medidas tomadas pelo CNJ para a resolução da questão**. Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas | e - ISSN: 2525 - 9881 | Brasilia | v.2 | n.1 | p.1 - 22 | jan/jun. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9881/2016.v2i1.531.

12. Reynaldo Mapelli Júnior, **Judicialização da saúde e políticas públicas : assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS** / Reynaldo Mapelli Júnior. - São Paulo, 2015, p: 309. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Radiologia. Orientador: Giovanni Guido Cerri. Disponível em:<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-23022016-162923/publico/Reynalo> MapelliJunior.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2021.

13. PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 121.2019 [Acessado 23 Abril 2025] , pp. 592-604. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-11042019121.