



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**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, e

Considerando o disposto no art.198 da Constituição de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rederegiionalizada 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 cuidadoras 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 possuam 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 ambulatórios 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, incluídos 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 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 contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à 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 à 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 O<sub>2</sub>);

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 propeidêutica 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
<b>13.02</b>	Habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar.

Tabela 2

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