

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### NOTA TÉCNICA Nº 3-SEI/2017-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS

#### 1. ASSUNTO

1.1. **Orientação para agrupamentos de municípios do território nacional com menos de 20 mil habitantes, com vistas a atender os critérios previstos na Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 e Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.**

#### 2. ANÁLISE

A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, art.º 531 a 564 – Capítulo III - que trata do atendimento Internação Domiciliar juntamente com a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, art.º 305 a 312 – Seção V - que se refere ao incentivo financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar. Que trata em seu texto a redefinição da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas que regulamentam, dentre outras questões, os requisitos e fluxos para a habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e seu funcionamento. Um destes requisitos, definidos na referida Portaria de Consolidação nº 5, é a existência de população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A normativa permite, porém, que nos casos em que o município isoladamente não atinja ao mínimo populacional, este poderá ser alcançado por meio de agrupamento de municípios.

Considerando a existência de especificidades na implementação dos SAD em municípios agrupados, a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar faz as seguintes considerações:

- a. Previamente ao envio de proposta de habilitação de SAD referente a um agrupamento de municípios, deverá ocorrer pactuação entre os envolvidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR);
- b. O registro do agrupamento, contendo atribuições de cada município deverá ser feito por meio de um dos seguintes instrumentos: convênio, Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou outro formato jurídico responsável por registrar essas informações. Este documento deverá ser apresentado ao MS quando do cadastramento da proposta de habilitação no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS), sendo avaliado juntamente com as demais informações e documentos enviados pelo gestor proponente;
- c. A proposta deverá conter informações que contemplem os requisitos descritos no Art. 560 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, lembrando-se que os dados de todos os municípios envolvidos no agrupamento devem ser mencionados. Além disso, para este planejamento e elaboração da proposta é necessário:

Definir o município sede do agrupamento: sugere-se que o SAD seja lotado no município com maior capacidade instalada para atenção às urgências e média e alta complexidades. É o município sede que deverá cadastrar a proposta do SAD no SAIPS.

Definir como será a gestão do recurso financeiro e a contrapartidas municipais: o recurso financeiro referente ao SAD será repassado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde do município sede do agrupamento integralmente. É necessário, portanto, definir com os demais municípios envolvidos como será a gestão desse recurso e qual deverá ser a contrapartida de cada município, inclusive em relação ao fornecimento de insumos e medicamentos especiais.

Considerar a distância do município sede com relação aos demais municípios, o tempo de deslocamento de um para o outro, o tempo de deslocamento de cada um dos municípios até o hospital de referência e o tipo de acesso (terra, asfalto, fluvial etc.). Estes aspectos são importantes para avaliar se será vantajosa a proposta

para todos os municípios envolvidos no agrupamento. Por exemplo, municípios distantes ou com acesso dificultado farão com que a equipe gaste muito tempo em deslocamento e, assim, tenha menos tempo para os atendimentos, desgastando os profissionais e resultando em menor impacto na saúde da população.

Avaliar a quantidade de veículos que será necessário para o SAD: a depender das demandas e distâncias entre os municípios, o trabalho será otimizado se houver mais de um veículo exclusivo para cada equipe.

Solicitar um termo de aceite e responsabilidade do diretor do hospital de referência.

É desejável ainda, que o projeto apresente algumas informações relacionadas ao levantamento de demanda para o SAD: Quantidade de municípios em internação hospitalar com perfil para SAD; Quantidade de usuários acamados/domiciliados em cada município, já acompanhados pela ESF, nos últimos 2 meses? Quantidade de acamados com necessidades de procedimentos complexos, como ventilação mecânica ou paracentese.

Por último, a fim de auxiliar na construção de instrumento para a pactuação intermunicipal, está disponibilizado em anexo a esta NT um modelo de termo de compromisso. Este documento é apenas uma sugestão e deve ser utilizado após realização das definições acima mencionadas. Nos casos em que existir COAP ou outra forma de articulação regional estabelecida, sugere-se que estes sejam priorizados em detrimento da criação de novos instrumentos, a menos que os já existentes não se mostrem adequados ao processo de habilitação do SAD.

Maiores esclarecimentos podem ser obtidos pelos seguintes contatos:

Telefone: (61) 3315 9045; (61) 3315 6144; (61) 3315 6142.

E-mail: [atencaodomiciliar@saude.gov.br](mailto:atencaodomiciliar@saude.gov.br)

## ANEXO I

### BRASÃO DO ESTADO

ESTADO DA(O) *(escrever o nome do estado)*

PREFEITURA DE *(escrever o nome do município)*

PREFEITURA DE *(escrever o nome do município)*

...

## TERMO DE COMPROMISSO

Nós, prefeito(a)s e secretário(a)s municipais de saúde dos municípios de *xx (nome do município)*, *xx (nome do município)*..., firmamos, por meio deste, o acordo e o **compromisso** de cumprir o disposto no projeto para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (disposto em anexo a este termo), em concordância com a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, bem como demais normas técnicas e legais emitidas até o momento, referentes à Atenção Domiciliar, no âmbito do Programa Melhor em Casa. Declaramos ainda que estamos cientes de que o não cumprimento de tais exigências poderão resultar na suspensão de recursos e/ou na perda da habilitação.

Informamos, ainda, que este serviço estará sediado no Município XX, estando pactuado com os municípios XX, XX, XX *(nomes de todos os municípios)*, assumindo o compromisso de acolher e atender às demandas

dos usuários de todos os municípios que assinam este termo, conforme fluxos de regulação, referência e contra-referência previstos no projeto.

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 meses, contados a partir da data de sua assinatura, a qual será prorrogada automaticamente por iguais períodos caso não haja manifestação em contrário de alguma das partes celebrantes.

As alterações que se fizerem necessárias ao presente termo de compromisso serão formalizadas mediante o respectivo termo de aditamento.

Xx ( nome do município onde ocorreu a assinatura), xx/xx/xxxx (data de assinatura do documento)

---

SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE (A) DE XX (NOME DO MUNICÍPIO)

---

PREFEITO (A) DE XX (NOME DO MUNICÍPIO)

---

SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE (A) DE XX (NOME DO MUNICÍPIO)

---

PREFEITO (A) DE XX (NOME DO MUNICÍPIO)

...



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Melo Teixeira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência**, em 13/11/2017, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Barbosa Moreira Nagata, Tecnologista**, em 13/11/2017, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1118479** e o código CRC **E131379E**.