

PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011

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

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 no art. 198 da Constituição, 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;

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar;

Considerando a Portaria Nº 672/SAS/MS, de 18 de outubro de 2011; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria Nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, para readequação de suas normas e diretrizes, resolve:

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

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

I -Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 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: 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 : pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário 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 usuários 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 à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, 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 às seguintes diretrizes:

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

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

IV - estar inserida 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 de Atenção Domiciliar (SAD)

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

Art. 7º Os Municípios poderão ter SAD desde que possuam:

I - população igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
e

II - população igual ou superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferior a 100 (cem) mil habitantes, com base na população estimada pelo IBGE, desde que estejam localizados em região metropolitana.

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

Art. 9º Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes.

Parágrafo único. Nos Municípios com população entre 40 (quarenta) mil e 100 (cem) mil habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município.

Art. 10. O parâmetro de referência para o funcionamento da EMAD é o cuidado concomitante de, em média, 60 (sessenta) usuários.

Art. 11. Para admissão do usuário no SAD, deverá haver concordância do usuário e familiar, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 12. 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. 13. Quando clinicamente indicado, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, de acordo com o art. 14 desta Portaria.

Art. 14. Todos os Municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar e, a cada 3 (três) EMAD a mais, farão jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP.

Art. 15. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - 2 (dois) médicos com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) médico com carga horária de trabalho de 40 horas semanais;

II - 2 (dois) enfermeiros com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro com carga horária de trabalho de 40 horas semanais;

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

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

Art. 16. A EMAP será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 (trinta) horas, eleitos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; e

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. O SAD que não contar com EMAP e que optar pelo Assistente Social na EMAD deverá garantir reabilitação aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e/ou ambulatórios de reabilitação.

Seção II

Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 17. A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e

III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Parágrafo único. As modalidades previstas no caput deste artigo observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

Art. 18. 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 os seus limites e potencialidades;

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.

Art. 19. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:

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

II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 20. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Parágrafo único. As equipes de atenção básica que executarem as ações na AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

Art. 21. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

Art. 22. 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 contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Art. 23. 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 usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- VI - adaptação de usuários 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. 24. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 25. 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.

Art. 26. 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. 27. Na modalidade AD3 será 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. 28. 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.

Art. 29. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderá acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro serviço adequado ao seu caso.

Art. 30. Para admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3 é indispensável à presença de um cuidador identificado.

Art. 31. As modalidades de AD2 e AD3 contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento, que contemple:

- I - equipamentos,
- II - material permanente e de consumo;
- III - aparelho telefônico; e
- IV - veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Parágrafo único. Os equipamentos e os materiais citados no caput, bem como os prontuários dos usuários 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. 32. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

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

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

§ 3º Nos casos em que o usuário estiver vinculado tanto a uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de atenção básica, esta última deverá apoiar e acompanhar seu cuidado.

§ 4º Cada EMAD e EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a usuários inseridos nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3.

CAPÍTULO III DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 33. 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. 34. O gestor de saúde enviará ao Ministério da Saúde o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências para:

- I - criação e/ou ampliação de serviços e equipes; e
- II - habilitação dos estabelecimentos de saúde que alocarão os SAD.

§ 1º O Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências observarão os seguintes requisitos:

- I - especificação do número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP que estão sendo criados ou ampliados, com o respectivo impacto financeiro, observados os critérios descritos nesta portaria; e
- II - descrição da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar:
 - a) retaguarda de especialidades;
 - b) métodos complementares de diagnóstico;
 - c) internação hospitalar; e
 - d) remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU);
- III - apresentação a proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;
- IV - informação 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;
- 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.

§ 2º O Detalhamento do Componente de AD do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências deverá estar aprovado por Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), se existir.

§ 3º A CIB, o Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a CIR deverão observar os requisitos do art. 1º deste artigo quando da aprovação do Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

§ 4º Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o Projeto de implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências serão pactuados pelo gestor municipal de saúde do Município que abriga o SAD.

Art. 35. Compete ao Ministério da Saúde fazer a análise técnica do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar, considerando o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, segundo diretrizes e critérios de adequação e disponibilidade financeira.

Art. 36. Caberá ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, habilitar os referidos estabelecimentos de saúde, por meio de portaria específica.

Art. 37. O Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS, publicará o Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação

desta Portaria, com objetivo de orientar a elaboração do Projeto e publicizar diretrizes e critérios utilizados para a análise técnica.

Art. 38. Serão incluídas as classificações necessárias ao cumprimento desta portaria no Serviço Especializado 113 - Serviço de Atenção Domiciliar, no módulo de Serviço Especializado do SCNES, por meio de portaria específica da SAS/MS.

Art. 39. Fica criado o código 13.02 - Serviço de Atenção Domiciliar na Tabela de Habilitação do SCNES, conforme anexo desta portaria.

Art. 40. 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. 41. 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. 42. 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.

§ 1º Caberá ao DAB/SAS/MS, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, habilitar os estabelecimentos de saúde, por meio de portaria específica.

§ 2º 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 os requisitos dispostos no Capítulo III desta Portaria.

CAPÍTULO V DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 43. Fica instituído incentivo financeiro para custeio do SAD, da seguinte forma:

- I - 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
- II - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro definido neste artigo será repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo.

Art. 44. O repasse do incentivo financeiro previsto no artigo anterior será condicionado ao cumprimento dos requisitos constantes desta Portaria, especialmente:

- I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e do Detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, este último necessariamente acompanhado da Resolução de aprovação da CIB ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal;

II - habilitação dos estabelecimentos no código instituído pelo art. 39 desta Portaria;

III - inclusão, pelo gestor local, das EMAD e EMAP, se houver, no SCNES.

Art. 45. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

I - inexistência de estabelecimentos de saúde cadastrados para o trabalho das equipes;

II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as Equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; ou

IV - falha na alimentação dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e de Informação Hospitalar (SIH), por período superior a 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. As situações descritas nos incisos do caput deste artigo serão constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS).

Art. 46. 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.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. 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 usuários oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 48. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 49. Fica revogada a Portaria nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 91.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

CÓDIGO HABILITAÇÃO	DESCRIÇÃO DA HABILITAÇÃO	CENTRALIZADA/DESCENTRALIZADA
13.02	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	CENTRALIZADA