

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 26/04/2016 | Edição: 78 | Seção: 1 | Página: 33

Órgão: Ministério da Saúde/GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

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 art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e as 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 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, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e considera a Atenção Domiciliar como um de seus componentes;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica;

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 761/SAS/MS, de 8 de julho de 2013, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS"; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, no intuito de qualificação da Atenção Domiciliar, bem como de adequação da normativa em função das mudanças no âmbito da gestão federal do programa, de forma a garantir o financiamento das equipes em funcionamento, resolve:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

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

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 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); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Art. 3º O SAD tem como objetivos:

I - redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes:

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

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

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais interdisciplinares; e

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

CAPÍTULO II

DA INDICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Art. 6º A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 7º Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

Art.9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Art. 11. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD.

Parágrafo único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3.

Art. 12. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário.

Art. 13. A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s).

Art. 14. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar 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, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

Art. 15. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local.

Seção II

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 16. As equipes que compõem o SAD são:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como:

a) EMAD Tipo 1; ou

b) EMAD Tipo 2; e

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2:

a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Seção III

Do Funcionamento do SAD

Art. 19. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário.

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários.

Art. 20. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

Art. 21. Em Municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal.

Art. 22. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

Art. 23. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão.

Parágrafo único. A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados.

Art. 24. As equipes 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 locomoção das equipes.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica.

CAPÍTULO III

DOS REQUISITOS E FLUXOS PARA HABILITAÇÃO DO SAD

Seção I

Dos requisitos para habilitação

Art. 25. São requisitos para habilitação do SAD:

- I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vintemil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- II - 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.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do "caput" pode ser atingida por um Município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR);

§ 2º Em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU.

§ 3º Os Municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º Os Municípios referidos no § 3º deverão aprovar os acordos celebrados entre si na respectiva CIB ou na CIR, se houver, e enviá-los ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) Município(s) em que o SAD atuará, aprovada na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo Município.

§ 6º No caso do § 5º, o documento com o registro da pactuação deverá ser enviado ao DAHU/SAS/MS juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

Art. 26. Os Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1.

Art. 27. Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 2, individualmente, se tiverem população entre 20.000 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes.

Art. 28. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Art. 29. Todos os Municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAD, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAD a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.

Seção II

Conteúdo e fluxo do projeto para criação ou ampliação do SAD

Art. 30. O gestor de saúde do Município, Estado ou Distrito Federal deverá elaborar projeto para criação ou ampliação do SAD, contemplando os seguintes requisitos:

I - quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região;

II - objetivos do projeto;

III - caracterização do(s) ente(s) federativo(s) proponentes, a partir de dados sócio-demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política;

IV - especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas, observados os critérios e os prazos descritos nesta Portaria, incluindo os territórios de abrangência;

V - quadro de profissionais, mencionando as CHS;

VI - descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para:

a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar;

b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência;

c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e

d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência;

VII - descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo(s) para locomoção da(s) EMAD e EMAP;

VIII - descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

IX - proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e

X - descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§ 1º Para Municípios com menos de 20.000 habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deve observar requisitos adicionais descritos no Manual Instrutivo do SAD, bem como o documento previsto no § 2º do art. 25 desta Portaria.

§ 2º O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde. (SAIPS).

Art. 31. O DAHU/SAS/MS fará a análise do projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos nesta Portaria e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciará o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários.

§ 1º Publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento destas no SCNES em até 3 (três) meses, a contar da data de publicação da sua portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação.

§ 2º Equipes descastradas do SCNES por 6 (seis) competências seguidas ou com suspensão de repasse de recursos de custeio por mais de 6 (seis) competências seguidas em função das irregularidades previstas no art. 36 desta Portaria, terão suas habilitações automaticamente revogadas.

Art. 32. O cadastramento das EMAD e EMAP, no SCNES, deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico.

Art. 33. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01 (Internação Domiciliar) até a data de publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), informadas no SIH-SUS.

§ 1º Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01.

§ 2º Não será permitido o registro concomitante de usuário em serviço com habilitação 13.01 e em SAD, sendo considerado faturamento duplicado.

CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído da seguinte forma:

- I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;
- II - R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e
- III - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.

Art. 35. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 34 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD;
- II - habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal como quantitativo de equipes que compõem o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e
- III - inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal.

Art. 36. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

- I - inexistência ou desativação do estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;
- II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, 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 EMAD e EMAP; ou
- IV - falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS), sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade.

Art. 37. Além do disposto no art. 36, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

- I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde não executados no âmbito do Programa, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e
- II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 38. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 39. Eventual complementação aos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, na CIR.

Art. 40. Os recursos orçamentários objetos desta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.000G - Atenção à Saúde da População em Média e Alta Complexidade - Melhor em Casa e possuem caráter plurianual.

Parágrafo único. Os recursos serão destinados ao custeio das EMAD e EMAP cadastradas no SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira, sendo responsabilidade dos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a manutenção e atualização dessas informações.

Art. 41. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos no Anexo.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Fica atualizado o quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAP, com base nas equipes cadastradas no SCNES na competência definitiva de dezembro de 2015, considerando-se as proporções e os prazos previstos nos art. 29 e 31 desta Portaria.

§ 1º As equipes cadastradas no SCNES até a publicação desta Portaria, previamente habilitadas, serão consideradas vigentes e automaticamente incluídas na relação constante do Anexo a esta Portaria.

§ 2º Desde a competência financeira de janeiro/2016, fica autorizada a transferência do custeio mensal de 1/12 (um doze avos) do valor anual aos entes beneficiários, conforme detalhado no Anexo.

§ 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias com esta finalidade, observando-se o disposto nesta Portaria e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 44. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, publicada no DOU nº 101, Seção 1, do dia seguinte, p. 30;

II - a Portaria nº 1.208/GM/MS, de 18 de junho de 2013, publicada no DOU nº 116, Seção 1, do dia seguinte, p. 37;

III - a Portaria nº 1.505/GM/MS, de 24 de julho de 2013, publicada no DOU nº 142, Seção 1, do dia seguinte, p. 33; e

IV - a Portaria nº 2.290/GM/MS, de 21 de outubro de 2014, publicada no DOU nº 204, Seção 1, do dia seguinte, p. 39.

MARCELO CASTRO

ANEXO

Planilha 1 - EQUIPES HABILITADAS (EM NÚMERO DE EQUIPES POR TIPO E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL)



Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.