

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE AUDITORIA DO SUS

ASSESSORIA JURÍDICA

NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2022

ATENÇÃO DOMICILIAR - ORIENTAÇÕES AOS GESTORES MUNICIPAIS

ASSUNTO:

Recomendações da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) aos municípios em relação aos cuidados de promoção e prevenção à saúde domiciliar frente às demandas de ações judiciais de *home care* em que o Estado do Rio Grande do Sul é polo passivo.

ANÁLISE:

Constatou-se que de janeiro de 2018 a junho de 2021 houve o ingresso de 147 ações judiciais de prestação de serviço de cuidados domiciliares especializados para usuários do SUS, às vezes sem a devida indicação técnica, evidenciando um impacto financeiro de R\$ 19.975.076,14, contrariando o princípio da universalidade do SUS, cujo objetivo é a formulação de políticas públicas que visam o atendimento à população geral.



O Grupo de Trabalho da SES/RS composto pelos Departamentos **DAPPS**¹/**DGAE**²/**DRE**³/**DEASUS**⁴ e **AJ**⁵ 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.

CONSIDERANDO:

- As mudanças nas necessidades de saúde da população gaúcha ao longo dos anos e o crescente aumento dos atendimentos à população idosa, bem como àquela com complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis ou com sequelas por outras doenças ou acidentes;
- A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica - anexo XXII;
- A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - título IV, capítulo III;
- A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as 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;
- O [Guia Orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde \(APS\)](#), publicado pela Divisão de Atenção Primária à Saúde/ SES/RS;
- A consolidação do Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que desde 2011 tem expandido sua cobertura e ampliado seu escopo de atuação;

¹ DAPPS: Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde;

² DGAE: Departamento de Gestão da Atenção Especializada;

³ DRE: Departamento de Regulação Estadual;

⁴ DEASUS: Departamento de Auditoria do SUS;

⁵ AJ: Assessoria Jurídica.



- Que 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, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados;
- Que 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;
- Que 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. No apêndice II consta a distribuição por macrorregiões da estimativa do número máximo de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMPA), classificadas como: EMAD I, EMAD II e EMAP no Estado do Rio Grande do Sul;
- Que 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). O Brasil vem apresentando uma transição epidemiológica com mudança nas causas que produzem doenças, seguindo essa tendência mundial. Isso se deve a mudanças no estilo de vida da população em decorrência da urbanização e de um melhor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, observa-se um aumento na demanda de Atenção Domiciliar (AD) com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência 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).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), define-se **Atenção Domiciliar** como modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio, complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares.

É indicada para usuários em condição de estabilidade clínica 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.

Já em relação ao termo **Atendimento Domiciliar**, este é utilizado por alguns autores para designar atividades nomeadas como assistência domiciliar ou, por outros autores, como cuidado domiciliar. Assim, considera-se esses três termos sinônimos e representantes de uma mesma modalidade da atenção domiciliar à saúde. Segundo a Anvisa (BRASIL, 2006) citada por Lacerda *et al.* (2006), assistência domiciliar (ou atendimento) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

Ainda segundo Wealth Canada, (1997) citado por Lacerda *et al.* (2006), podemos compreender essa expressão como "*home care*" em outros países. No sistema de saúde canadense é a provisão de uma disposição de serviços de saúde e sociais designados a dar suporte aos pacientes em suas próprias casas. Desse modo, "*home care*" pode ser compreendido como as atividades que representam o todo das atividades de cuidado, abrangendo tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo, assim, as modalidades de visita e internação domiciliar.

O termo **internação domiciliar** compreende a condição daqueles usuários que necessitam de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, ou seja, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar (LACERDA *et al.*, 2006). Dal Ben (2001) afirma que, nesta modalidade o acompanhamento contínuo, ou seja, diário, e até ininterrupto, pode ser de 24, 12, 8 ou 6 horas de assistência de enfermagem.

Por sua vez, o conceito de **visita domiciliar** parece ser o mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde na comunidade. Ribeiro (2004) o considera um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, pacientes e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde e fornecimento de subsídios educativos.

Com base nestes referenciais, 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, palição 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 N° 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.

Para habilitação do SAD, o pleito deve estar previsto no Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e o gestor municipal deve cadastrar proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). São requisitos para habilitação:

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 - 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 devem 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, 40 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\$ 50.000,00 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\$ 34.000,00 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\$ 6.000,00 por mês para cada equipe.

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 RS é um dos Estados que apresenta o maior índice de judicialização em saúde do País, representando um desafio ao gestor público o seu enfrentamento, especialmente pelo alto valor despendido, que compromete de maneira significativa o orçamento da saúde. Desta forma, considerando os altos índices de judicialização no âmbito do Estado, a atual gestão governamental elencou a situação como uma das prioridades da Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS), (PES, 2021).

Segundo Jesus; Kzam (2016) a judicialização do direito à saúde vem sendo observada nas últimas décadas como um movimento que só cresce a cada dia, sendo um problema também para o judiciário, que fica abarrotado de ações, sem possuir um amparo técnico para resolver tais demandas. Por outro lado, o poder público também fica refém das decisões do judiciário, cabendo aos entes da Federação tomarem medidas urgentes para prestar o direito à saúde dos usuários.

Em decorrência da solidariedade entre os entes (responsabilidade tripartite) nas demandas de prestação à saúde e um aumento substancial na judicialização na SES/RS, o presente Grupo de Trabalho vem observando um acréscimo nas demandas judiciais em “Home Care”, em que o Estado é condenado ao alcance da prestação desses serviços.

Segundo Reynaldo (2015), é necessário distinguir o direito à saúde com as solicitações ao Poder Judiciário como se fossem demandas relacionadas. Assim sendo, cabe destacar que a saúde é um direito cuja prestação é atribuição do Estado e não necessariamente acessível através da esfera judicial.

A criação de grupos técnicos constitui medida de suma importância para diminuir o número de demandas judiciais através de orientações à rede pública de saúde, minimizando, assim, os custos elevados decorrentes das ações judiciais no Estado do Rio Grande do Sul. Conforme descrito no PES 2020/2023:

[...] a efetivação do direito à Saúde é confundida com a oferta de qualquer um dos milhares de tratamentos disponíveis no mercado. Diante disso, um dos caminhos é a aproximação do setor da saúde ao Judiciário para a criação de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao SUS.

Cumprido salientar, por fim, que no PES 2020/2023, em decorrência das demandas judiciais e objetivando aprimorar mecanismos de governança, instituíram-se estratégias para monitoramento e redução da judicialização em saúde, as quais já foram mencionadas no presente documento.

3. ORIENTAÇÕES RELACIONADAS À ATENÇÃO DOMICILIAR, RECOMENDAÇÕES AOS MUNICÍPIOS

3.1. Orientações Gerais:

- 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. No apêndice I constam os percentuais de cobertura das equipes de Estratégia de Saúde da Família e AB, distribuídos em macrorregionais e regiões de saúde;
- Potencializar o trabalho das equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e de Atenção Básica (NASF-AB) 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. O NASF-AB 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/Atenção Básica 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.

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 telemonitoramento e realização de procedimentos médicos e de enfermagem pelas equipes de atenção básica 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](#);
- 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);



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- 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 básica, 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;
- Respalda-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.



4. ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DAS DEMANDAS JUDICIAIS NO PLEITO À ATENÇÃO DOMICILIAR

4.1. Avaliação Inicial:

- Cabe ao município anexar, junto ao processo, a análise detalhada da situação do usuário, elaborada por profissional de nível superior, com a identificação das necessidades de saúde e sociais;
- Informações para análise da situação do usuário constam em uma segunda Nota Técnica, elaborada de forma conjunta, em 2021: DAPPS/DGAE/DRE/AJ/DEASUS. Tal documento tem o objetivo de definir os fluxos de cumprimento das ordens judiciais para provimento de atenção e/ou internação domiciliar (home care).

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://bvsmms.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_SETE_MBRO_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](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 | Brasília | 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/ReynaldoMapelliJunior.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2021.



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

APÊNDICE I - PANORAMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RS POR REGIÃO

TETO DE EQUIPES E COBERTURA DE APS POR REGIÃO DE SAÚDE						
MACRO	REGIÃO	TETO ESF	nº de ESF (jul/21)	nº de Eap (jul/21)	Cobertura ESF	Cobertura AB
		5.688	2.328	352		
Centro-Oeste	Região 01 - Verdes Campos	227	72	12	46,37%	66,80%
	Região 02 - Entre Rios	60	36	3	67,69%	74,85%
	Região 03 - Fronteira Oeste	223	94	9	57,04%	71,29%
Metropolitana	Região 04 - Belas Praias	82	38	2	68,40%	87,19%
	Região 05 - Bons Ventos	118	44	7	57,53%	76,71%
	Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	115	52	1	60,78%	76,90%
	Região 07 - Vale dos Sinos	413	111	29	39,78%	74,20%
	Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	399	160	32	53,46%	70,92%
	Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	202	76	8	50,34%	70,66%
	Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	1.167	413	79	43,86%	61,16%
Missioneira	Região 11 - Sete Povos das Missões	144	80	7	74,99%	88,24%
	Região 12 - Portal das Missões	65	41	2	89%	96,02%
	Região 13 - Diversidade	121	72	4	78,11%	84,33%
	Região 14 - Fronteira Noroeste	119	72	0	87,06%	91,96%
Norte	Região 15 - Caminho das Águas	97	67	0	91,29%	95,21%
	Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	123	71	0	79,10%	93,74%
	Região 17 - Planalto	211	78	15	55,43%	79,80%
	Região 18 - Araucárias	69	37	2	69,74%	80,87%
	Região 19 - Botucarái	59	35	3	70,77%	92,43%
	Região 20 - Rota da Produção	83	58	0	87,21%	93,94%
Sul	Região 21 - Sul	435	205	43	64,83%	83,42%
	Região 22 - Pampa	94	44	5	76,76%	89,16%
Serra	Região 23 - Caxias e Hortênsias	293	73	26	38,25%	65,81%
	Região 24 - Campos de Cima da Serra	52	26	0	50,21%	71,16%
	Região 25 - Vinhedos e Basalto	163	57	15	45,95%	70,01%
	Região 26 - Uva Vale	95	39	15	50,91%	76,72%
Vales	Região 27 - Jacuí Centro	99	39	0	51,57%	58,67%
	Região 28 - Vinte e Oito	174	60	14	47,54%	77,98%
	Região 29 - Vales e Montanhas	120	59	6	56,37%	70,32%
	Região 30 - Vale da Luz	66	19	13	39,45%	79,33%



APÊNDICE II - ESTIMATIVA DE NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR, SETEMBRO 2021.

ESTIMATIVA DE NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD, RS, DE ACORDO COM OS PARÂMETROS DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 05/2017

Porte do Município com Cobertura SAMU	Parâmetros PT 05/2017			Número Máximo de equipes Estimado			
	Equipes EMAD Tipo 1	Equipes EMAD Tipo 2	Equipes EMAP	Total	Equipes EMAD Tipo 1	Equipes EMAD Tipo 2	Equipes EMAP
Total				292	88	70	134
Mais de 150.000	1 a cada 100.000 hab		1 e mais 1 adicional 1 a cada 3 EMAD a mais implantadas	67	45		22
De 40.000 a 150.000	1		1	85	43		42
De 20.000 a 40.000		1	1	100		50	50
Menos de 20.000 - municípios agrupados para formar mínimo de 20.000		1	1	40		20	20

TOTAL

252 40 65 1 187 39

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes Estimado		Equipes habilitadas Atualmente		Incremento de equipes Possível	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	252	40	65	1	187	39
Equipes EMAD Tipo 1	88		44		44	
Equipes EMAD Tipo 2	50	20	7	1	43	19
Equipes EMAP	114	20	14		100	20

METROPOLITANA

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas Atualmente		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	102	8	43	0	59	8
Equipes EMAD Tipo 1	47		32		15	
Equipes EMAD Tipo 2	12	4	3		9	4
Equipes EMAP	43	4	8		35	4

SERRA

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes Estimado		Equipes habilitadas Atualmente		Incremento de equipes Possível	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	31	2	8	0	23	2
Equipes EMAD Tipo 1	9		4		5	
Equipes EMAD Tipo 2	8	1	1		7	1
Equipes EMAP	14	1	3		11	1



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

CENTRO-OESTE

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	23	4	0	0	23	4
Equipes EMAD Tipo 1	8		0		8	
Equipes EMAD Tipo 2	4	2	0		4	2
Equipes EMAP	11	2	0		11	2

VALES

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	28	6	5	0	23	6
Equipes EMAD Tipo 1	4		2		2	
Equipes EMAD Tipo 2	10	3	1		9	3
Equipes EMAP	14	3	2		12	3

MISSIONEIRA

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	18	6	2	0	16	6
Equipes EMAD Tipo 1	6		2		4	
Equipes EMAD Tipo 2	3	3			3	3
Equipes EMAP	9	3			9	3

SUL

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	27	4	7	1	20	3
Equipes EMAD Tipo 1	9		4		5	
Equipes EMAD Tipo 2	6	2	2	1	4	1
Equipes EMAP	12	2	1		11	2

NORTE

Tipo de Equipe	Número Máximo de equipes		Equipes habilitadas		Incremento de equipes	
	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento	Sem Agrupamento	Com Agrupamento
Total	23	10	0	0	23	10
Equipes EMAD Tipo 1	5		0		5	
Equipes EMAD Tipo 2	7	5	0		7	5
Equipes EMAP	11	5	0		11	5



APÊNDICE III - REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO RS							
Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual		
Metropolitana	1ª	HU- Canoas	CER III ACADEF	APAE- São Francisco	CER IV Novo Hamburgo		
		CER III ACADEF		CER III ACADEF			
				APAE- Esteio			
		CER IV N. Hamburgo		APAE- Barão			
				APAE-Montenegro			
		CER II H. Santa Anna	APAE- Sapucaia do Sul				
		18ª	CER III SMS Osório	CER III SMS Osório	CER IV Novo Hamburgo	CER IV Novo Hamburgo	CER III SMS Osório
	AACD- POA				CER II H. Santa Anna		
	CER II CEREPAL- POA				CER II APAE Cachoeirinha		
					APAE- Camaquã		
	GHC- POA				CER II APAE Cachoeirinha	CER II CEREPAL- POA	
					APAE- Charqueadas		

Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual
Mistoneira	14ª	CER II - FUMSSAR Santa Rosa	CER II- Hospital São José de Giruá	APAE- Alegria	CER II Hospital São José Giruá
				APAE- Giruá	
		APAE- Santa Rosa			
		APAE- Independência			
		APAE- Horizontina			
	CER II APAE Três de Maio	APAE- Boa Vista do Buricá			
		CER II APAE Três de Maio			
	9ª	Centro Aud. Proaudi	CER III UNIR - Ijuí	CER III UNIR - Ijuí	CER III UNIR - Ijuí
				APAE- Santa Barbará do Sul	
	12ª	CER II São Borja	CER II São Borja	APAE- Santo Angelo	CER II H. São José de Giruá
Centro Aud. Proaudi				APAE- São Borja	
17ª	Centro Auditivo Proaudi - Ijuí	CER III UNIR -Ijuí	APAE- Ajuricaba	CER III UNIR -Ijuí	
			APAE- Ijuí		
			CER III UNIR		
			APAE- Panambi		



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual	
Norte	6ª	Próaudi- Passo Fundo	CER IV- ACD Passo Fundo	CER IV ACD Passo Fundo	CER IV- ACD Passo Fundo	
				APAE- Carazinho		
				APAE- Casca		
				APAE- Marau		
				APAE- Soledade		
	11ª	CER IV ACD Passo Fundo	CER IV- ACD Passo Fundo	APAE- Passo Fundo		
				APAE- Erechim		
				APAE- Nonoai		
	15ª	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	APAE- Getúlio Vargas		CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela
				APAE- Palmeiras das Missões		
2ª	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	APAE- Sarandi			
			APAE- Erval Seco			
			APAE- Três Passos			
			APAE- Frederico Westphalen			
				APAE- Tenente Portela		

Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual
Serra	5ª	Clélia Manfro- Caxias do Sul	Universidade de Caxias do Sul- UCS Caxias do Sul	APAE- Antônio Prado	Hospital Banco de Olhos
				APAE- Bento Gonçalves	
				APAE- Garibaldi	
				APAE- São Marcos	
				APAE- Guaporé	
				APAE- Veranópolis	

Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual
Centro Oeste	4ª	HUSM- Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II Hospital São José Giruá
				APAE- São Sepé	
	10ª			APAE- Santana do Livramento	

Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual
Sul	3ª	Mathilde Fayad- Bagé	Mathilde Fayad- Bagé	APAE- Canguçu	Ass. Louis Braille
				APAE- Jaguarão	
				APAE- Pelotas	
				APAE- Arroio Grande	
				APAE- Piratini	
				APAE- São José do Norte	
	7ª	APAE- Bagé			



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Vales	8ª	FUNDEF- Lajeado	UNISC- Santa Cruz do Sul CER II SMS Encantado	APAE- Cachoeira do Sul	Hospital Banco de Olhos
	13ª			APAE- Santa Cruz do Sul	
	16ª			APAE- Venâncio Aires	
		APAE- Estrela			
		APAE- Lajeado			
	CER II SMS Encantado	APAE- Encantado			
	APAE- Teutônia				