



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência  
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA TÉCNICA Nº 9/2023-CGADOM/DAHU/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. **Justificativa para dispensa de análise de impacto regulatório (AIR) para alteração da Portaria de Consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017, no que tange o custeio mensal do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (PMeC).**

2. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

2.1. Trata-se da motivação para a dispensa de AIR, com fundamentação no inciso I do Art. 4º, do Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020, visando a alteração da Portaria de Consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017 para reajuste dos valores de incentivo de custeio mensal do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) / Programa Melhor em Casa (PMeC).

2.2. O incentivo financeiro de custeio mensal instituído, pela Portaria de Consolidação nº 06/2017, para as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipos I e II, e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) efetivamente implantadas, é destinado à manutenção destas equipes , capacitação , educação permanente, insumos e outros itens necessários ao bom funcionamento das mesmas.

2.3. De acordo com as diretrizes da política, as ações desenvolvidas no âmbito do PMeC são custeadas de forma tripartite, conforme pactuado em colegiados de gestores. Os recursos federais para custeio do PMeC são transferidos aos estados e municípios executores do serviço, sendo os valores fixos para cada tipologia de equipe, calculados com base no porte populacional do município. Os valores de referência para custeio do SAD/PMeC por parte da União são definidos em portarias do Ministério da Saúde.

3. **INTRODUÇÃO**

3.1. A Atenção Domiciliar (AD) é a 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, tanto das Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), quanto das altas programadas para a transição de cuidados (desospitalizações) de pacientes com maior complexidade, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e das Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do PMeC. Por conseguinte, é substitutivo ou complementar à internação hospitalar de usuários com quadros complexos, porém estáveis, e responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP.

3.2. As equipes de atenção domiciliar podem ser das seguintes tipologias definidas na Portaria de Consolidação nº 5/2017 (Origem: PRT MS/GM 825/2016):

I - EMAD Tipo 1; Art. 17, I): 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; profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e 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; profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e 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

III - 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: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; ou terapeuta ocupacional. Parágrafo Único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

3.3. Atualmente, o PMeC apresenta cobertura populacional nacional de 47%, com um crescimento médio estimado de 11% ao ano. Seu foco de atuação é a prestação de assistência domiciliar de complexidade e intensidade intermediárias entre as prestadas em hospitais e Atenção primária à saúde, muitas vezes com utilização de densidade tecnológica específica para a transição de cuidados, reabilitação e cuidados paliativos, entre outros.

3.4. A implantação das equipes ocorre de acordo com os critérios descritos na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Organização do SAD – atendimento e internação domiciliar, e na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

3.5. São requisitos para habilitação do SAD (EMAD e EMAP): População municipal  $\geq$  20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vigente quando da solicitação; possuir hospital de referência no município ou região a qual integra; possuir cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento, ou equipamento similar para municípios maiores de 40 mil habitantes.

3.6. A Portaria de Consolidação nº 5/2017 (Origem: PRT MS/GM 825/2016) permite que municípios possam solicitar habilitações de equipes conforme os critérios abaixo:

Art. 556. Os municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 26)

Art. 557. 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. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 27)

Art. 558. 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. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 28)

Art. 559. Todos os municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 29)

3.7. A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGADOM) / Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

3.8. I - Inexistência ou desativação do estabelecimento de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;

3.9. 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;

3.10. III - Descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou

3.11. IV - Falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

3.12. O PMeC organiza o fluxo de atendimento com base na modalidade de AD (AD1, AD2, AD3), sendo que a modalidade AD1 é de responsabilidade da APS e os usuários mais complexos (AD2 e AD3) de responsabilidade do SAD/PMeC. As solicitações de atendimento podem ser oriundas tanto da APS quanto de Hospitais e UPAs, por um processo conhecido por gestão de alta programada (desospitalização). Assim o PMeC responde pela maior parte da transição de cuidados aos serviços de saúde e seu funcionamento é oferecido à população durante as 12 horas do dia, 7 dias por semana.

3.13. Com a descrição resumida acima sobre o funcionamento do serviço demonstra-se que o PMeC representa ser importante com a complementação e/ou substituição de leitos hospitalares, ao garantir uma maior rotatividade dos mesmos, proporcionando humanização com o cuidado em domicílio e evitando, por muitas vezes, que o usuário seja internado ou reinternado em ambiente hospitalar, permitindo mais leitos hospitalares disponíveis, no âmbito do SUS.

#### 4. **SOBRE A PROPOSIÇÃO DE ALTERAÇÃO DO ARTIGO 305 DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 06/2017**

4.1. O primeiro instrumento a tratar das transferências para custeio do PMeC foi a Portaria GM/MS nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, que, além de regular a AD no SUS, estabeleceu que o incentivo mensal para cada EMAD habilitada seria de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil, quinhentos e sessenta reais) e para cada EMAP habilitada seria de R\$ 6.000,00 (seis mil reais).

4.2. No mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 estabelece a habilitação de EMAD para municípios acima de 40.000 habitantes, fortalecendo a RAS. Entretanto, o financiamento se manteve de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil, quinhentos e sessenta reais) e para cada EMAP habilitada seria de R\$ 6.000,00 (seis mil reais).

4.3. Em 27 de maio de 2013, por meio da Portaria GM/MS 963, uma vez mais foi necessária a alteração da tipologia das equipes- quando foi outorgado o acesso ao programa Melhor em Casa por municípios de porte populacional entre 20 e 40 mil habitantes, propondo para estes uma equipe com carga horária menor de profissionais e constituindo assim a EMAD tipo II. Ainda foi permitido aos menores de 20 mil habitantes a requisição de uma EMAD tipo II em regime de consorciamento que deve alcançar população mínima de 20 mil habitantes. Com esta nova equipe, os valores de custeio mensal foram reformulados e passaram a vigorar com: R\$50.000,00 para EMADs tipo I; R\$34.000,00 para EMADs tipo II e R\$6.000,00 para EMAPs.

4.4. Em 2016, a Portaria 825 de 25 de abril de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas, porém mantém os valores de custeio dados em 2013.

4.5. Atualmente, com a consolidação das diretrizes do SAD/PMeC, as Portarias de Consolidação nº 01/2017, nº 05/2017 e nº 06/2017(Origem: PRT MS/GM 825/2016) mantiveram o incentivo mensal que a Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 estabeleceu para as equipes os valores de custeio para EMAD e EMAP, e estão apresentados no artigo 305 da PRC 06, conforme demonstrado na tabela abaixo:

<b>Equipe</b>	<b>Serviço Habilitado atualmente (R\$)</b>
EMAD I	50.000
EMAD II	34.000
EMAP	6.000

4.6. É possível identificar o problema regulatório objeto desta Nota Técnica considerando que é notório que a atenção domiciliar precisa ser compreendida pela gestão de saúde em todas as esferas, possibilitando a transição do cuidado de pacientes complexos para o domicílio, e com necessidade de continuidade imediata de tratamentos iniciados em portas de urgência e hospitais em tempo oportuno e através de equipamentos eficientes e eficazes para atenção adequada à população; e ainda considerando, que o serviço oferecido pelo PMeC é de suma importância para garantir a rotatividade de leitos hospitalares, por meio das desospitalizações, e a humanização do cuidado do usuário e seus familiares.

4.7. A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 determina que as despesas de custeio mensal do componente PMeC sejam de responsabilidade tripartite, na seguinte proporção de 50% (cinquenta por cento) da despesa para a União; no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa

para o estado e, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa para os municípios. No entanto, a última atualização do valor base para cálculo da coparticipação foi feita pela Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013.

4.8. Atualmente o PMeC cobre 47% da população no território nacional, e mesmo considerando os avanços alcançados ao longo dos quase 12 anos de implementação da política no país ainda apresenta grandes disparidades regionais gerando capacidade de resposta bastante heterogênea, influenciada principalmente pela capacidade de organização e pelos recursos locais - o que aponta a relevância da intervenção proposta. Em todo o país, estão habilitadas para atendimento 2.051 (duas mil e cinquenta e uma) equipes, sendo 942 (novecentas e quarenta e duas) EMAD tipo I, 355 (trezentos e cinquenta e cinco) EMAD tipo II e 754 (setecentas e cinquenta e quatro) EMAP.

4.9. Os recursos destinados pelo Ministério da Saúde, como incentivo, para o custeio do serviço aumentaram no decorrer dos anos, passando de R\$ 365.856.000,00 (trezentos e sessenta e cinco milhões e oitocentos e cinquenta e seis mil reais), em 2016, para R\$ 743.376.000,00 (setecentos e quarenta e três milhões e trezentos e setenta e seis mil reais) em 2022. No entanto, o financiamento ainda é uma questão que tangencia fortemente a fala dos gestores, enfatizando que a demanda para o PMeC vem aumentando sem a retaguarda de expansão de recurso financeiro para manutenção e aquisição de insumos e estrutura que acompanhe a evolução da elegibilidade de usuários complexos. Considerando que o PMeC é um serviço que exige recurso financeiro compatível para a sua consolidação, principalmente à capacitação de profissionais e aquisição de tecnologia específica para usuários em modalidade AD3. São também constantemente verificadas nos serviços, por esta área técnica, ausências e/ou deficiências de equipamentos, veículos, mobiliários, medicamentos de alto custo e outros insumos necessários para o atendimento domiciliar.

4.10. No mesmo contexto, nota-se que a reabilitação se apresenta como procedimento mais realizado pelo PMeC. Além de ser uma atuação multiprofissional, exige aprimoramento e dispositivos específicos tanto para avaliação quanto para o processo terapêutico de ganho funcional do usuário. O ganho e manutenção da funcionalidade é essencial para a não re hospitalização, o que favorece de modo importante o conceito do uso oportuno e adequado de leitos hospitalares e consequentemente , ampliação de acesso para o SUS. Considerando o envelhecimento da população, fica evidente que o PMeC deve atender a grande demanda de doenças crônicas agudizadas ou progressivas visando a manutenção da qualidade de vida dos usuários, majoritariamente idosos.

4.11. É real a elevação dos custos relativos à saúde (aumento de valores nos insumos médico-hospitalares, manutenção de equipamentos e dispositivos em domicílio, manutenção de veículos e combustível para deslocamento), há o impacto também com impossibilidade de reajustes dos valores pagos às equipes profissionais em atuação nos serviços; o que acaba onerando principalmente os municípios, que muitas vezes já gastam acima do limite constitucional do seu orçamento com saúde.

4.12. O cenário de recursos limitados descrito acima pode interferir na capacidade de produzir resultados favoráveis de atendimento, prejudicando o desfecho positivo que o PMeC se propõe. Sendo assim, o reajuste nos valores dos incentivos federais para o PMeC da forma mais célere possível é necessário a fim de evitar que municípios desistam do serviço e solicitem suas desabilitações, o que irá gerar vazios assistenciais e aumento do tempo de percurso até o serviço de saúde mais próximo disponível e com complexidade suficiente para o atendimento necessário, com possíveis agravos à saúde da população e qualidade de vida das pessoas, sem mencionar na ruptura da interação integrada da RAS. A situação de saúde pode se agravar ao longo do “tempo de espera” para ganho funcional para alta hospitalar, sendo que o paciente poderia receber tal ganho com a transição do cuidado em domicílio, permitindo rotatividade e melhor utilização dos leitos hospitalares.

4.13. Novamente ressaltando que o referido incentivo federal não teve nenhum tipo de correção monetária desde o ano de 2013, principalmente para as EMAPs, e que há uma defasagem por parte do Ministério da Saúde sobre o percentual de custeio tripartite estabelecido. Com isso considera-se outra consequência indesejável possível: o aumento de incidência das judicializações como uma alternativa para que os entes consigam regularizar a cota da União relativa aos custos com os serviços, acarretando ainda maior custo para o sistema de saúde.

4.14. Considerando a priorização necessária da Amazonia legal pelo atual governo, na intenção de reduzir as desigualdades regionais, está em construção o Plano de saúde da Amazonia Legal (PSAL). Este tem como ações prioritárias a ampliação do acesso ao SUS; o provimento, interiorização e qualificação dos profissionais de saúde; a adequação da lógica normativa as características locais; a implementação da Saúde digital dentre outras. Portanto, faz-se imprescindível, a exemplo de outras políticas estruturantes do SUS, como a Política de Urgências e Emergências, o incremento orçamentário para esta região específica, além do já proposto para todo território nacional.

4.15. Diante do exposto, propõe-se o incremento de 30% (trinta por cento) nos valores atualmente propostos para custeio mensal acrescido de 30% (trinta por cento) à região da Amazônia Legal, passando a vigorar conforme demonstrado na tabela abaixo:

<b>Equipe</b>	<b>Valor unitário de equipe habilitada com reajuste de 30% (R\$)</b>	<b>Valor unitário de equipe para região Amazônia Legal acrescido de 30% (R\$)</b>
EMAD I	65.000	84.500
EMAD II	44.200	57.460
EMAP	7.800	10.140

## 5. DA DISPENSA DA ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

5.1. Considerando o grande tempo decorrido desde a última atualização nos valores do incentivo federal para o custeio mensal do PMeC, é necessário levar em conta as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios e estados devido à pandemia e ao aumento dos custos relacionados às estratégias adotadas para combater a COVID-19. Ademais esta proposta de reajuste visa uma melhoria na qualidade e eficiência dos serviços, oferecendo um atendimento de qualidade a todos os usuários do serviço, garantindo a sustentabilidade financeira e a continuidade de suas operações, propiciando inovações tecnológicas, treinamento adicional para as equipes, atualização de equipamentos e por fim uma melhoria da infraestrutura e consequente funcionamento e capacidade assistencial das equipes.

5.2. Além disso, é importante reconhecer as dificuldades dos municípios em encontrar recursos disponíveis para contribuir com uma contrapartida maior do que a prevista na normativa atualmente em vigor. Há também a necessidade de fornecer profissionais, equipamentos e materiais suficientes para garantir o funcionamento efetivo do serviço, levando em consideração os reajustes nos pisos salariais, aumento significativo da inflação dentre outros reajustes que impactaram de maneira efetiva no Programa Melhor em Casa – PmeC.

5.3. Também pode-se mencionar a expansão geográfica do programa, fazendo com que os veículos tenham que abranger áreas rurais e urbanas de difícil acesso, aumentando o seu desgaste físico. Outrora os custos com a aquisição e manutenção veicular eram relevantemente menores, os quais pós pandemia também tiveram um salto muito além da inflação.

5.4. Portanto, é urgente e necessário atualizar o ato normativo em relação aos valores, utilizando a prerrogativa estabelecida no Inciso I do art. 4º do Decreto nº 10.411/2020, dispensando a realização de Avaliação de Impacto Regulatório (AIR), a fim de minimizar os prejuízos passados e aceitar os atendimentos futuros.

5.5. É importante ressaltar que essa atualização não implica em alteração de mérito, uma vez que todos os serviços atualmente habilitados junto ao Ministério da Saúde cumprem os requisitos vigentes do Programa Melhor em Casa em relação à comprovação de seu funcionamento efetivo.

## 6. CONCLUSÃO

6.1. Em razão dos argumentos expostos, esta área técnica, no âmbito de suas competências, opina pela pertinência e viabilidade técnica de publicação da Portaria anexa (0035490781), que altera sobre o valor do incentivo financeiro de custeio para manutenção das equipes multiprofissionais do programa Melhor em Casa (EMADs e EMAP).

6.2. Registra-se ainda, de acordo com o que foi fundamentado, a dispensa de AIR conforme o Inciso I do Art. 4º do Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020.

6.3. À consideração da direção do DAHU/SAES para, se de acordo, dar prosseguimento para a CGOF/DRAC/SAES/MS para o que couber.

**MARIANA BORGES DIAS**

Coordenadora-Geral Substituta

Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGADOM/DAHU/SAES/MS

De acordo.

Encaminhe-se da forma proposta.

**NILTON PEREIRA JUNIOR**

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência DAHU/SAES/MS

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar substituto(a)**, em 24/08/2023, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 24/08/2023, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); 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 **0035490759** e o código CRC **24E0FCBF**.

Referência: Processo nº 25000.120598/2023-88

SEI nº 0035490759

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM

Setor SRTVN Quadra 701 Lote D, S/N – 3º ANDAR - Edifício PO 700 - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040

Site - saude.gov.br