PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080/90, dos 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 a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que estabelece no âmbito do SUS a Assistência e a Internação Hospitalar;

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 da ANVISA – RDC 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, 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, de 30 de março de 2006, que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede SUS expressa no documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - 3ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006;

Considerando a incorporação tecnológica de caráter substitutivo à intervenção hospitalar;

Considerando que a atenção domiciliar integra duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar; e

Considerando que a assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS é desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Definir como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Art. 3º Definir que os Serviços de Internação Domiciliar são compostos de:

I - Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e

II - Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

Art. 4º Definir que uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Os municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes.

Art. 5º Definir como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.

Art. 6º Definir que os Serviços de Internação Domiciliar garantam retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

Art. 7º Estabelecer, de acordo com os Anexos I e II a esta Portaria o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar que deverão ser explicitadas na elaboração dos programas locais de internação domiciliar.

Art. 8º Estabelecer como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais:

I - idoso;
II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas, poderão ser estabelecidas localmente.

Art. 9º Definir a exclusão de usuários, dada a complexidade do modelo proposto:

I - com necessidade de ventilação mecânica;
II - com necessidade de monitorização contínua;
III - com necessidade de enfermagem intensiva;
IV - com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência:
V - em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração;
VI - com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e
VII - que não tenham cuidador contínuo identificado.

Parágrafo único. Outros critérios de exclusão definidas pelos protocolos locais.

Art. 10. Estabelecer que os serviços que preencherem os requisitos constantes nesta Portaria passem a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberem a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Art. 11. Estabelecer recursos no montante de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios.
Parágrafo único. Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou populacional.

Art. 12. Instituir incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de internação domiciliar em parcela única, no valor de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais) por equipe.

Art. 13. Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035 Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 14. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a regulamentação desta Portaria, bem como a adoção das medidas necessárias ao fiel cumprimento do que nela está disposto.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação,.

Ar. 16. Fica revogada a Portaria nº 2.416/GM, de 23 de março de 1998, publicada no Diário Oficial nº 58, de 26 de março de 1998, página 106, Seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I

INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS

INTRODUÇÃO

A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro representa um momento ímpar de oportunidades de se enfrentar corajosamente alguns temas pertinentes ao uso de tecnologias que permitam o aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, bem como a discussão de alternativas que permitam agregar, dentro de uma razão comunicativa, integralidade na rede de serviços de saúde.
O ponto de partida da discussão que será aqui colocada é a intercessão entre o mundo das necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, desde a formulação da política pública para a saúde, até a gestão de equipamentos sanitários de diversas naturezas.
Esse encontro, a despeito dos avanços conquistados pelo movimento de reforma sanitária no Brasil, ainda se dá de forma tensa e conflituosa, particularmente nos aspectos de inadequação entre oferta e necessidade, entre estrutura de custos e financiamento possível, entre tecnologia existente e empregada e finalmente entre as diretrizes de um modelo assistencial ofertante e um universo de demandas, aparentemente insolúvel.
Reconhecer a importância da atenção hospitalar significa respeitar a condição humana que, em sua expressão individual, sofre, sente e busca saídas para os problemas que enfrenta (Heller, 2000), e, numa abordagem do cotidiano, o hospital responde a certo grupo de problemas que exigem, para o atendimento das necessidades de saúde, grande intensidade e densidade de uso de tecnologias cuidadoras. Porém, esta mesma questão coloca ao indivíduo e à coletividade riscos adicionais

desnecessários, caso sua utilização se dê de forma inadequada.

A expansão em movimento paradoxal do Sistema Único de Saúde, que ao mesmo tempo reforçava o modelo médico tradicional (Campos, 1992), hegemonicamente centrado em procedimentos (Merhy, 2002), e gerava novas experiências e fazeres de organização da atenção (Campos, 1992), talvez seja uma referência para a discussão proposta para a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Incorporar tecnologias ao Sistema Único de Saúde diz respeito à gestão e à disponibilização de suas diversas conformações. Por vezes, o olhar privilegiado da gestão do sistema concentra-se nas tecnologias duras, ou seja, naquelas pertinentes aos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, bem como nos dispositivos que proporcionam reabilitação funcional como órteses e próteses, além de protocolos ou diretrizes clínicas e assistenciais. Esse processo complexo envolve também a disseminação e o uso de tecnologias leve-duras ou leves, respectivamente: as relacionadas com os saberes organizados e sistematizados pelos diversos grupos profissionais, dado o aspecto normalizador das escolas de saúde em seus vários níveis de formação; e aquelas tecnologias derivadas das interseções entre profissionais de saúde e seus usuários, ou seja, o desenvolvimento do campo relacional, tais como abordagens humanizadas e acolhedoras no íntimo do mundo das necessidades de saúde (Merhy, 2002).

Nesse sentido, independentemente de não haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais que busquem processos de desospitalização, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário.

A análise dessas experiências demonstra a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos não tão distintos, que estabelecem o centro de seus eixos de atuação sobre:

- desospitalização de eventos desnecessários gerados por falta de suporte ou por questões vinculadas ao processo de exclusão social que terminam por produzir internações hospitalares por falta de melhor alternativa;
- processos de "alta precoce", demonstrando um forte viés de busca da garantia de economicidade do processo hospitalar ao se empreender uma troca entre o ônus do cuidado sob internação hospitalar, pela garantia de cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria e disponibilização de recursos escassos, tais como os leitos de clínica médica;
- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e
- processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde

O mundo das necessidades dos usuários vem a exigir respostas por parte dos equipamentos de saúde que contemplem oportunidade de conquista. Boas condições de vida, acesso às tecnologias que diminuam o sofrimento e prolonguem a vida, reconhecimento de necessidades especiais dadas pela singularidade das pessoas, criação de vínculo e responsabilidade por parte de profissionais e equipes cuidadoras e recuperação, a maior possível autonomia para andar a própria vida (Cecílio e Matsumoto, 2002; Merhy, 2003) são algumas delas. Esta interação ou intervenção é terapêutica "é uma parte essencial da clínica" e "não se trata, portanto, de uma preocupação tão-somente humanizadora, mas também de estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde" (Campos, 2003, p.68). É sobre este eixo analítico privilegiado que se propõe que ocorra o processo de incorporação desta nova modalidade assistencial em caráter ampliado.

Este mesmo olhar pode propiciar, através da autonomia que as equipes de trabalho constroem no seu dia-a-dia, a transversalização entre os saberes próprios dos diversos grupos de trabalhadores, garantindo a ação transdisciplinar indispensável para a construção dos projetos terapêuticos individuais. Assim, a reforma sanitária se estende, segundo Jorge (2002), para dentro das trincheiras da micropolítica. De acordo com Campos (2002) propõe um novo formato de equipes de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes de diferentes profissionais, médicos e não médicos, e constituindo projetos terapêuticos, reinventam suas práticas e constroem novas possibilidades de fazer, de forma vinculada, a defesa da vida.

Existem experiências bem-sucedidas em diversos países no que toca ao desenvolvimento de modalidades dentro da atenção domiciliar (Mendes, 2000), porém, conforme Lugarinho (2004), no cenário de escassez moderada e enorme exclusão social, há que se levar em conta a existência de múltiplas formas de se produzir iniqüidades no sistema de saúde. Portanto, este é um dos filtros obrigatórios para a análise acerca das experiências em andamento e a larga implantação da modalidade de internação domiciliar.

Enfim, para discutir a internação domiciliar, foi necessário debruçar-se sobre as experiências diversas, e elaborar as mediações teóricas que permitiram compreender o processo brasileiro de implantação desta modalidade. Por outro lado, também fez-se necessário levantar aspectos epidemiológicos que contribuíssem para a definição de clientelas diferenciadas. Singularizar usuários em distintos espaços sociais, econômicos, demográficos e culturais, assim como o leque de possibilidades, em termos de políticas públicas de saúde que permitisse uma extensão franca e segura de cobertura a estes, que sejam dependentes de certa intensidade de cuidados, e nem necessitem de internação hospitalar nem sejam objetos imediatos dos equipamentos típicos da atenção básica.

Estender cobertura dentro da modalidade da internação domiciliar, dada tantas diversidades de projetos e estrutura de custos, exigiu uma abordagem técnico-científica, particularmente para uma modelagem do projeto com estudo de custos e de repercussões sobre os usuários assistidos e sobre a racionalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Algumas das questões que mereceram uma proximidade de olhar para a construção de uma política de inclusão em larga escala nesta modalidade assistencial são:

- níveis de intervenção terapêutica e intensidade de cuidados realizados de forma segura nos ambientes domiciliares;
- critérios de inclusão e exclusão;
- critérios de ingresso e de saída;
- diretrizes assistenciais para garantia de padronização e qualidade, nas diversas alternativas de enfrentamento de agravos e doenças prevalentes; e
- eleição de grupos prioritários.

Algumas experiências já em curso, diversas e dispersas por várias unidades do País, foram articuladas como resposta à demanda de estruturação desta modalidade assistencial como propostas de intervenção.

A partir do olhar sobre o mundo das necessidades de saúde, bem como das capacidades de enfrentamento em intervenções cuidadoras, pôde ser observado o surgimento de propostas que diferem em termos da vinculação territorial, intensidade de cuidados, seleção de usuários, bem como critérios de inclusão e exclusão.

Por outro lado, ficaram claros alguns marcos conceituais, que podem contribuir para a organização desta formulação de política. Dar resposta às necessidades de acesso a estas tecnologias de saúde, para através de relações vinculantes e vinculadas, minorar a experiência do sofrimento humano, restituir autonomia e se for a melhor alternativa, permitir que o processo de morte aconteça de forma humanizada (Merhy, 2003).

VINCULAÇÃO TERRITORIAL

A vinculação territorial é utilizada, via de regra, mais como critério de possibilidade de inclusão (ou de exclusão) do que com referência para articulação com a rede de serviços de saúde nas experiências relatadas, no que diz respeito à oferta da definição de território de abrangência. Uma exceção marcante diz respeito à experiência do Município de Belo Horizonte, onde o critério territorial, diferente das demais experiências públicas ou privadas, territorializa o cuidado na rede de serviços de saúde e não simplesmente pelo eixo da performance operacional, dentro de uma abordagem unicamente instrumental. No caso da experiência mineira, esta nasce vinculada de forma bilateral, ou seja, numa interface entre as redes hospitalar e básica, fortemente vinculada ao Programa Saúde da Família, particularmente nas áreas onde existe maior densidade desta modalidade de produção de trabalho de saúde.

A vinculação territorial deve acompanhar a trama estabelecida pela organização da rede de serviços, com particular atenção aos equipamentos destinados ao enfrentamento das questões de urgência e emergência.

INTENSIDADE DE CUIDADOS

Entre as experiências hoje existentes no Brasil, apresentam-se diversas formas de produção do trabalho em saúde no domicílio. A atuação cuidadora varia desde a visitação domiciliar a pacientes crônicos, até o estabelecimento em domicílios de um aparato médico-hospitalar de grande intensidade e densidade de cuidados. No primeiro caso, busca-se a manutenção prolongada dos intervalos intercríticos e a conseqüente quebra do eixo internação-reinternação-morte e, no segundo, estes cuidados podem incluir o manejo de prótese respiratória e projetos terapêuticos que incluem infusão contínua e controles de fluxos e fármacos que exigem avaliação com grande precisão. Entre os extremos, várias experiências buscaram o estabelecimento de um projeto de intervenção na saúde dos usuários que necessitem de cuidados mais intensos, mas que não são eletivos de internação propriamente dita.

O que esta política propõe, define como objeto da discussão a atenção dirigida aos usuários que apresentam incapacidade funcional com limitação de autonomia eventual ou permanente, que não demandam atenção em regime hospitalar em seus episódios de adoecimento.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As experiências de atenção domiciliar até então vêm ocorrendo à margem de uma definição de política pública de saúde. Assim, as seleções de usuários, bem como os critérios de inclusão e exclusão, foram sendo definidos de acordo com as lógicas internas pertinentes a cada local. Diante disso, observa-se uma grande diversidade nestes critérios, chegando ao extremo de certo critério ser de inclusão em um programa e de exclusão em outro, tal qual a moradia precária e os territórios envolvidos.

Existe um consenso em torno da aplicação terapêutica, ou seja, é uma modalidade construída para viabilizar projetos terapêuticos e não apenas projetos de assistência social, no sentido do resgate de condições de cidadania etc. Por outro lado, existe uma perspectiva, quando se relaciona e interage com a rede de serviços de saúde, de promover a desospitalização do que não deveria ser hospitalizado, e o é por outras questões não relacionadas diretamente ao projeto terapêutico individual, tais como garantia da continuidade de uso de medicação, disponibilidade de material médico

hospitalar etc.

INSERÇÃO NA REDE E INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE

Com vistas à formulação de um projeto de implantação da política com inserção na rede de serviços de saúde, as equipes de Internação Domiciliar deverão estar formalmente inseridas na rede do SUS e com ela estabelecer mecanismos claros de co-responsabilização pelos cuidados prestados. Assim, a solicitação de inclusão no programa pode partir das unidades de atenção básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar para as equipes, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Equipe de Internação Domiciliar. Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica. Caso haja agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar.

Um componente da rede de serviços de saúde importante é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, tendo em vista que qualquer pessoa incluída em um programa de internação domiciliar deve poder contar com uma retaguarda absolutamente precisa, para o atendimento às situações de urgência e emergência, eventos esperados em parcela da população sob esta cobertura assistencial.

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar. Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la. A equipe de internação domiciliar pode ser acionada pelo hospital de referência, pela rede básica, pela central de regulação e pelos serviços de urgência e emergência.

Em caso de necessidade de referências por parte das equipes ou dos cuidadores dos usuários da internação domiciliar, estes contarão com o sistema pré-hospitalar móvel e com os hospitais de referência. Trata-se de uma necessidade eletiva que deve ser referida à rede básica ou aos organismos regulatórios do sistema de saúde, tal qual as centrais de marcação, entre outros.

A vinculação simultânea do usuário em hospital de referência, da equipe de internação domiciliar, da equipe de atenção básica e do SAMU, na rede de proteção social, composta pelos diversos mecanismos de garantia de proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, é pertinente para a garantia do fluxo de referência, para amalgamar esse conjunto de vínculos entre si.

A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como "costura" entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, o PSF, onde couber. Para êxito nessa intenção, faz-se necessário reconhecer os limites das competências e resolubilidades verificadas na atenção básica, na internação domiciliar e na atenção hospitalar. Esses limites são estabelecidos pela complexidade dos casos, da capacitação dos trabalhadores de saúde, de capacidade de ação multiprofissional, do domínio de tecnologias e das características dos processos de gestão dos cuidados.

O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades entre equipamentos e equipes faz sentido, por ser elemento constitutivo do conceito de estação na linha de cuidados. Essa possibilidade ocupada pela internação domiciliar confere integralidade no âmbito da rede de serviços, referente aos usuários portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento.

BUSCA DE AUTONOMIA

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco.

A busca de autonomia para "andar a própria vida", como discute Cecílio & Matsumoto (2002) e Merhy (2003), deve servir de guia central para qualquer projeto de internação domiciliar. Em situações de internação hospitalar, ainda que se mantenha a vida, muitas vezes esta é mantida sob restrição da autonomia. Assegurar processos de ganho contínuo de possibilidades de "andar a própria vida" é no âmbito da proposta um eixo central.

Nesse eixo, para além da dimensão cuidadora, a produção de autonomia para o usuário tem importância singular, seja na inclusão social e seu reconhecimento enquanto cidadão, seja enquanto sujeito do seu território. A hospitalização, mesmo que temporária priva o sujeito do seu território identificante, quando alongada por ausência de alternativas que respondam às variadas necessidades desse sujeito e acaba por subsumir sua condição de cidadão portador de direitos. A cidadania é também o direito de permanecer no lugar, no seu território, o direito a seu espaço de memória. (Véras,1987).

Todo esse processo, em sua variada composição tecnológica, acaba por provocar no campo relacional uma certa inovação, resultado da mediação das autonomias dos usuários e das equipes. Entrar no território do outro é ter permissão para compartilhar sua identidade. A possibilidade de ser

mais ou menos cidadão depende de sua localização no território. (Santos, 1987:81) Nesse sentido, as equipes de internação domiciliar exercem sua autonomia à medida que, sem abdicar da produção do cuidado, encontram caminhos que permitam não só sua entrada no território do usuário, mas também que esse território entre na vida da equipe de forma transformadora. Há uma ruptura da hierarquia formal e institucional do leito hospitalar onde há uma verdadeira sujeição do corpo do outro, possibilitando uma nova ordem horizontalizada. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos a começar pelo corpo humano(...) (Santos,2001)

Projetos individuais de ganho de autonomia são primordiais para superar um forte risco, relativo à transferência pura e simples de uma situação semi-asilar do espaço hospitalar para o espaço domiciliar. Assim, o esforço institucional não poderia se dar apenas no sentido da economia de recursos, buscando relações de redução de custos do sistema, cronificando situações de cuidados, sem que haja um projeto de uso de tecnologias que permitam melhorar a autonomia dos usuários. Uma nota importante diz respeito ao foco da ação terapêutica que, nesse caso, não deveria ser apenas o usuário acamado, mas também sua rede de vínculos afetivos e sociais, que também necessita de maior autonomia para andar a vida. Isso coloca uma questão fundamental: para a análise do processo de desospitalização, deve também ser levada em conta capacidade e desejos existentes na rede pessoal de vínculos do usuário e mesmo a possibilidade desses requisitos poder ser elaborada junto à equipe de internação domiciliar.

ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE SABERES

Os diversos saberes que habitam o campo da saúde estabelecem relações hierárquicas entre si e produzem instituições marcadas por saberes-poder, manifestos em relações tensas e conflituosas, onde o poder técnico específico de um grupo é dado pela capacidade de impor interesses particulares a si às definições gerais e sentimento de pertença do hospital como um todo (Carapinheiro, 1998).

A organização do trabalho e conseqüente produção de cuidados no ambiente hospitalar são marcadas por várias questões, sendo duas de relevância para a discussão aqui colocada. Em primeiro lugar a oposição entre um modelo médico e outro asilar, que coexistem nos hospitais, delimitando a forma e intensidade do uso de saberes e tecnologias, bem como o objeto institucional, em torno da busca da cura e do amparo respectivamente (Ib.). A questão seguinte diz respeito à oposição entre comando e execução na organização (divisão) do trabalho. Existe uma oposição entre trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e aquele pertinente à execução de prescrições médicas, hierarquizando funcionalmente pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço (Ib., p. 111). São produzidas relações produtivas marcadas por uma estrutura de dominação/subordinação, que se coloca no lugar de cooperação e diálogo entre saberes distintos (Ib.).

Construir uma alternativa produtiva, baseada no protagonismo dos atores detentores dos diversos saberes da saúde e dos usuários e sua rede de vínculos, pressupõe intenso diálogo e autonomia das equipes, acolhimento e permeabilidade de canais de escuta, bem como criação de vínculos. Poder construir projetos terapêuticos singularizados, com ganhos de autonomia e liberdade para o usuário e sua rede de vínculos é o resultado esperado.

SINGULARIDADES

Pensar a internação domiciliar como modelo único não parece adequado, pois qualquer projeto para ela, deve ter em conta as condições locais, tais como questões habitacionais, sociais, culturais, possibilidades de formação de equipes, estrutura e funcionamento da rede básica, decisão do gestor e tecnologia disponível para realização de cuidados, entre outras.(...) a pluralidade humana, precisa da mediação do diálogo e da argumentação. Fica excluída, portanto, qualquer generalização que unifique a pluralidade dos que sofrem negligenciando sua singularidade e sua individualidade.(Szasz,1994:306).

Assim, a singularidade a ser observada, além daquela circunscrita ao usuário, também é a referente aos espaços-território onde se darão tais práticas. Pressupõe-se, portanto, a construção de projetos loco-regionais de internação domiciliar, que ainda que preservem diretrizes de caráter macro-regionais ou nacionais, seja resultado da intercessão destas com a leitura do espaço-território específico onde irá se desenvolver.

Devem ser considerados aspectos referentes às representações sociais do adoecimento e dos lugares de seu enfrentamento (Mendes, 2000), tendo em vista que este lugar pode diferir entre diferentes culturas e mesmo a experiência da morte ocorrida no espaço domiciliar ou no hospitalar, tem níveis heterogêneos de aceitação nas culturas dos diversos povos que habitam o Brasil.

EQUIPES

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados.

Quanto à equipe técnica necessária para a implantação dessa modalidade assistencial, ainda que não exista um consenso sobre a intensidade de sua participação, puderam ser estabelecidos alguns saberes profissionais indispensáveis para a efetivação dos cuidados domiciliares. O desenho dessas intensidades deverá ser feito pelos programas locais, guardadas as características e disponibilidades loco-regionais.

O núcleo mínimo das equipes poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto loco-regional. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

A capacitação da equipe deve considerar o deslocamento do ambiente protegido (hospital, serviço de saúde etc.) para o domicílio. Isso demanda um processo especial, já que normalmente as tecnologias necessárias não são abordadas nas escolas da área da saúde e podem ser desconhecidos pelas equipes.

Para a implantação da modalidade assistencial faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como consentir diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados para garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida.

Para a produção dessas capacidades técnicas, será importante a articulação entre a proposta de implantação do modelo com a implementação dos Pólos de Educação Permanente, inserindo nestes a área de internação domiciliar.

CAPACIDADE

Tendo em vista uma capacidade estimada de atendimento simultâneo de 30 internações por equipe, com média de permanência em internação domiciliar de 30 dias, poderia ser estimado o atendimento médio de 360 pessoas por ano. Em cálculos extremamente iniciais, estima-se uma ocorrência de incapacidade funcional importante em 230 pessoas por 100.000 habitantes, o que corroboraria a proposição inicial de financiamento de uma equipe para esta base populacional.

A capacidade pode ser potencializada com a inclusão de um maior número de profissionais de enfermagem, o que possibilita, dentro do plano terapêutico considerando a intensidade de cuidados e a intervenção exigida, ampliar a inclusão de pessoas sob cuidado da equipe.

Essa estimativa é apenas uma referência, pois para avaliar capacidade, é importante considerar o objeto da intervenção definido loco-regionalmente, bem como as condições de acesso. No Brasil, podem ser observadas enormes diversidades entre as calhas dos rios amazônicos e os aglomerados urbanos com complexos habitacionais de grande densidade populacional e com questões sócio-culturais, relativas à violência, à estrutura de comunicação e à densidade de serviços de saúde entre outras. Particularizar a capacidade é importante tendo em vista ser impossível generalizar essa definição, quando se observam as condições objetivas de circulação e acesso.

Nesse sentido, ao se pensar a inclusão dessa modalidade no Sistema Único de Saúde, que fuja ao modelo urbano e mais, metropolitano, e que atenda aos princípios constitucionais de eqüidade e universalidade, esta deve ser marcada pela flexibilização dos conceitos de produtividade e economicidade, gerados pelas experiências com altos níveis de escala.

CONCLUSÃO

Nesse momento em que o País se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta de instalação da modalidade de internação domiciliar pode vir a contribuir de forma decisiva para o re-ordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas definições de papéis que se fazem necessárias.

A necessidade de reposicionamento missional de hospitais é colocada por diversos autores, particularmente dentro do conceito de crise, tais como os hospitais universitários, como discutem muito bem Lima (2004), Jorge (2002) e Vasconcelos (2003). Em relação aos hospitais em geral, Vasconcelos (2003) problematiza particularmente a relação com o conjunto da rede de serviços de saúde e a busca de integralidade. Cecílio & Merhy (2003), discutem a capacidade de promover integralidade nas linhas de cuidado comportando-se como uma "estação" e conferindo caráter de movimento e dinâmica para o processo de relacionamento. Cecílio (2000), discute a formulação de projetos institucionais para além do cimento simbólico de reduzir o sofrimento e impedir a morte, respeitando e colocando em diálogo os diferentes projetos que habitam as instituições hospitalares. Recentemente, López (2004) em relação aos hospitais de pequeno porte, estabelece como centralidade a produção de relacionamento com a rede de serviços de saúde, particularmente no caso da atenção básica, na busca de resolubilidade e redefinição missional.

Essa discussão remete à capacidade que esta nova modalidade apresenta de tencionar o modelo produtivo da saúde pautado sobre procedimentos, operando uma possibilidade de novos devires na atenção hospitalar, dados pela possibilidade de uma nova interação e responsabilização frente a usuários singularizados em territórios específicos.

A formulação de uma modalidade de assistência que objetiva a internação em regime domiciliar, mais do que promover atenção humanizada aos usuários torna-se, por ser elemento de ligação, uma peça potencialmente importante para a construção de relacionamentos na rede.

A construção de portas de saída na rede, que produzam, mesmo que apenas no longo e médio prazos desinstitucionalização com ganhos crescentes de autonomia, pode ser uma aposta coerente com o desenho de uma reforma da atenção hospitalar. Esta pode ser pautada pela divulgação do sistema de saúde, onde o interesse dos usuários, na busca de sua autonomia e felicidade, sejam os

motores do processo de promoção e produção de cuidados (Merhy, 2002).

Assim, a internação domiciliar deve estar articulada ao processo de reforma da atenção hospitalar no Brasil e como tal contribuir para o atendimento das necessidades de saúde da população e, portanto, ser instrumento da defesa da vida individual e coletiva.

ANEXO II

ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Para credenciamento e implantação do Programa Local de Internação Domiciliar, além de atender aos critérios definidos para habilitação quanto à população mínima de 100.000 habitantes, à existência de programa formal de atenção pré-hospitalar, e À assinatura do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO no âmbito do Pacto pela Saúde 2006, o Gestor deverá apresentar à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS, projeto de implantação da Internação Domiciliar, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

O projeto de implantação, que é a explicitação do programa assistencial para a modalidade, deverá conter:

- Diagnóstico Situacional Simplificado do Município com destaque para os grupos populacionais abrangidos pelas prioridades indicadas no art. 9º da Portaria;
- Objetivos do Projeto;
- Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto;
- Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados; e
- Proposta Local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

1. Diagnóstico Situacional Simplificado do Município

Caracterização do município a partir de dados sócio demograficos, da descrição dos serviços de saúde existentes, e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.

2. Objetivos do Projeto.

Apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidos em impactos esperados dos pontos de vista da defesa da vida, da defesa do SUS e da gestão do Sistema.

3. Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto.

3.1 Quantidade de Serviços de Internação Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar.

3.2 Quadro de Pessoal dos Serviços de Internação Domiciliar, contendo os nomes e registros profissionais dos trabalhadores.

3.3 Equipes Matriciais de Suporte, contendo nomes, registros profissionais e unidades de lotação, em caso de compartilhamento com a rede de serviços de saúde.

3.4 Protocolo de disponibilizarão de carga horária e vinculação dos membros das equipes matriciais.

3.5 Equipamentos, segundo tipos e quantidades, disponibilizados para as equipes.

3.6 Unidades Hospitalares onde os Serviços de Internação Domiciliar estão vinculados.

3.7 Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.8 Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.9 Proposta de relacionamento com a atenção pré-hospitalar (SAMU).

3.10 Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Internação Domiciliar).

3.11 Critérios Técnicos de Inclusão de usuários no programa e mecanismos de garantia de acesso.

3.12 Protocolos Assistenciais.

3.13 Mecanismos de articulação com a rede de proteção social do município ou do estado.

3.14 Modelo de apuração e análise de custos proposto.

4. Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados

O Plano Operativo deve apresentar de forma clara a intenção da Gestão do Sistema, bem como as estratégias escolhidas para a sua execução. Tais metas deverão apresentar o desempenho esperado em produção física de trabalho de saúde, bem como os padrões de qualidade que se espera observar. Para tanto deverão ser apresentados os indicadores qualitativos e quantitativos que estimarão o cumprimento destas intenções.

5. Proposta Local de Avaliação e Acompanhamento

A proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, porém o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, é referência obrigatória para manutenção de um conjunto mínimo de informações acerca dos serviços. Deverão ser emitidas

AIH, no código para cômputo de processos terapêuticos na modalidade, sem valor de ressarcimento, uma vez que o financiamento será por transferência global, fundo-a-fundo.

Indicadores mínimos estabelecidos pela RDC 11 da ANVISA de 26/01/2006.

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Freqüência de Produção
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
1 – Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.			

ADVERTÊNCIA
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.048, DE 3 DE SETEMBRO DE 2009

Aprova o Regulamento 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 a Lei Complementar Nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das Leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos;

Considerando o Decreto Nº 4.176, de 28 de março de 2002, que dispõe sobre os trabalhos de consolidação dos atos normativos no âmbito do Poder Executivo e determina, em seu art. 43, a instituição de Comissões Permanentes de Consolidação e Revisão de Atos Normativos aos Ministérios e aos órgãos da estrutura da Presidência da República;

Considerando a Portaria Nº 1.035, de 4 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, que cria a Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, e a Portaria Nº 1.208, de 22 de maio de 2008, do Ministério da Saúde, que a altera sua composição;

Considerando a Portaria Nº 815, de 29 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, que aprova o Regimento Interno da Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, atribuindo a esta, no inciso IV do art. 2º, a competência para elaborar e revisar, periodicamente, o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da legislação infralegal consolidada, dispondo sobre sua organização e funcionamento; e

Considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde, por meio da normatização infra-legal pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do Sistema, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Ficam revogados os seguintes atos normativos' do Ministério da Saúde: Portaria Nº 582, de 30 de junho de 1989; Portaria Nº 980, de 26 de dezembro de 1989; Portaria Nº 796, de 29 de maio de 1992; Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993; Portaria Nº 799, de 20 de julho 1993; Portaria Nº 1.016, de 26 de agosto de 1993; Portaria Nº 772, de 7 de abril de 1994; Portaria Nº 2.163, de 29 de dezembro de 1994; Portaria Nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996; Portaria Nº 3.040, de 31 de junho de 1998; Portaria Nº 3.407, de 5 de agosto 1998; Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998; Portaria Nº 263, de 31 de março de 1999; Portaria Nº 5.153, de 7 de abril de 1999; Portaria Nº 710, de 10 de junho de 1999; Portaria Nº 935, de 22 de julho de 1999; Portaria Nº 937, de 22 de julho de 1999; Portaria Nº 985, de 5 de agosto de 1999; Portaria Nº 1.091, de 25 de agosto de 1999; Portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria Nº 333, de 24 de março de 2000; Portaria Nº 486, de 16 de maio de 2000; Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000; Portaria Nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria Nº 901, de 16 de agosto de 2000; Portaria Nº 1.183, de 25 de outubro de 2000; Portaria Nº 1.315, de 30 de novembro de 2000; Portaria Nº 235, de 20 de fevereiro de 2001; Portaria Nº 401, de 29 de março de 2001; Portaria Nº 814, de 1º de junho de 2001; Portaria Nº 822, de 6 de junho de 2001;Portaria Nº 1.531, de 4 de setembro de 2001; Portaria Nº 1.559, de 6 de setembro de 2001; Portaria Nº 1.893, de 15 de outubro de 2001; Portaria Nº 2.009, de 30 de outubro de 2001; Portaria Nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001; Portaria Nº 1.968, de 25 de outubro de 2001; Portaria Nº 251, de 31 de janeiro de 2002; Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002; Portaria Nº 371, de 4 de março de 2002; Portaria Nº 541, de 14 de março de 2002; Portaria Nº 703, de 12 de abril de 2002; Portaria Nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria Nº 305, de 3 de maio de 2002; Portaria Nº 1.060, de 5 de julho de 2002; Portaria Nº 423, de 9 de julho de 2002; Portaria Nº 1.560, de 29 de agosto de 2002; Portaria Nº 1.686, de 20 de setembro de 2002; Portaria Nº 2.104, de 19 de novembro de 2002; Portaria Nº 2391 de 26 de dezembro de 2002; Portaria Nº 653, de 28 de maio de 2003; Portaria Nº 1.777, de 9 de setembro de 2003; Portaria Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003; Portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003; Portaria Nº 20, de 3 de outubro de 2003; Portaria Nº 1.929, de 9 de outubro de 2003; Portaria Nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003; Portaria Nº 70, de 20 de janeiro de 2004; Portaria Nº 586, de 6 de abril de 2004;

componentes do Sistema Cartão Nacional de Saúde, devendo responder pelas faltas cometidas em seu âmbito de atuação.

Art. 103. O servidor público que revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados captados pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde, fica sujeito às penas do art. 325 do Código Penal, além das penalidades disciplinares previstas nos respectivos estatutos dos servidores públicos federal, estadual e municipal e Lei Nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991.

Art. 104. O profissional de saúde sujeito ao segredo profissional que revelar, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão do exercício de sua profissão ou ofício, fica sujeito às penas previstas no art. 154 do Código Penal, além das penalidades disciplinares previstas no código de ética de sua profissão, cabendo à Administração Pública comunicar o fato ao conselho profissional competente e ao Ministério Público.

Art. 105. Compete ao servidor público orientar, instruir e facilitar a expedição do CARTÃO SUS, sob pena de serem adotadas medidas disciplinares, uma vez que qualquer ato que dificulte o atendimento do usuário será considerado como infração disciplinar, punível na forma prevista nas leis que regulamentam o regime jurídico do servidor que atua no Sistema Único de Saúde, em qualquer esfera de governo.

Art. 106. Qualquer ato tendente a dificultar o acesso de pessoa não portadora do Cartão Nacional de Saúde às ações e serviços de saúde constitui infração e deverá ser considerado como inexecução contratual, no caso de entidade prestadora de serviços ao SUS, na forma da legislação pertinente, cabendo ao empregado e dirigente dessas entidades envidarem todos os esforços para facilitar a expedição do CARTÃO SUS.

Art. 107. Os Municípios e os Estados onde já estiver implantado o Sistema do Cartão Nacional de Saúde devem assegurar que todos os atendimentos do SUS realizados em sua área de jurisdição, pela rede própria e/ou contratada e conveniada, sejam registrados e coletados de forma automatizada nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, nos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o Cartão.

Subseção II

Da Internação Domiciliar

Art. 108. A Internação Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 109. A Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Art. 110. Os Serviços de Internação Domiciliar serão integrados por:

I - Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e

II - Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

Art. 111. Uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar deverá se referir a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Os Municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes.

Art. 112. Deverá ser alcançada a meta da média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.

Art. 113. Os Serviços de Internação Domiciliar deverão garantir retaguarda no período da noite e nos finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

Art. 114. De acordo com os Anexos XV e XVI a este Regulamento, o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar deverão ser explicitados na elaboração dos programas locais de internação domiciliar.

Art. 115. Serão considerados como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais:

I - idoso;

II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas neste artigo, poderão ser estabelecidas localmente.

Art. 116. A exclusão de usuários deverá ser estabelecida de acordo com a complexidade do modelo proposto:

I - com necessidade de ventilação mecânica;

II - com necessidade de monitorização contínua;

III - com necessidade de enfermagem intensiva;

IV - com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência:

V - em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves ou de difícil administração;

VI - com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e

VII - que não tenham cuidador contínuo identificado.

Parágrafo único. Outros critérios de exclusão serão definidos pelos protocolos locais.

Art. 117. Os serviços que preencherem os requisitos constantes neste Regulamento passarão a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberão a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Art. 118. Os recursos, no montante de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, deverão ser incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

Parágrafo único. Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou populacional.

Art. 119. O incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de internação domiciliar será em parcela única, no valor de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe.

Art. 120. Os recursos orçamentários, ref. a internação domiciliar, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035, Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 121. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS a regulamentação sobre a Internação Domiciliar prevista nesta subseção, bem como a adoção das medidas necessárias ao fiel cumprimento do que nele está disposto.

Subseção III

Da Política Nacional de Atenção às Urgências

Art. 122. O conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências estão estabelecidos nos termos do Anexo XVII a este Regulamento.

Art. 123. A Normatização dos Serviços de Atendimento Pré - Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País, está prevista nos termos do Anexo XVIII a este Regulamento.

Art. 124. A Secretaria de Atenção à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, deverá adotar providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Regulamento, no que tange à Regulação Médica das Urgências.