CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 130/20
Folhas 02

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
GABINETE DO VEREADORA LENINHA DO POVO

P. 130

PROJETO DE LEI Nº 5.904 DE 02 JULHO DE 2020

INCLUI PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NAS EQUIPES DO PROGRAMA ATENÇÃO DOMICILIAR MELHOR EM CASA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Art. 1º Incluirá profissionais de saúde mental nas equipes do Programa Atenção Domiciliar melhor em Casa do município. Por profissionais de saúde mental entendem-se psicólogos e médicos psiquiatras devidamente inscritos nos respectivos conselhos regionais de suas categorias.

Art. 2º Essa medida será aplicada através do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados de sua publicação.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Vilhena, 02 de julho de 2020.

Vereadora Leninha do Povo

CAMARA MUNICIPAL DE VILHENA
DIRETORIA LEGISLATIVA
Data 08 / 07 / 2020
Hora 08:40

EM BRANCO

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 139/20
Folhas 03

JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica constitui, enquanto primeiro nível de sua atuação, conjunto de ações, em âmbito individual ou coletivo, abrangendo promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e prevenção de agravos.

O Programa Atenção Domiciliar Melhor em Casa tem como objetivo fortalecer as estratégias, mecanismos e práticas inovadoras de cuidado em saúde.

Já o objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

O presente projeto visa integrar ao Programa Atenção Domiciliar melhor em Casa profissionais de saúde do CAPS, acolhendo pacientes com transtornos mentais que necessitem do atendimento multiprofissional, mas que possuem resistência em buscar ajuda.

A visita domiciliar faz parte das possibilidades de intervenção terapêutica em saúde mental. É tão importante como à saúde física para a comodidade dos indivíduos e das sociedades. Não obstante, poucas pessoas que precisam de tratamento mental o recebem, sendo que muitas doenças físicas resultam de complexas interações psicológicas e sociais.

Para o portador de doença mental o atendimento domiciliar é essencial para a manutenção da sua saúde, pois o paciente é tratado estando em contato com o meio social e sua família fazendo assim com que aconteça a colaboração de todos profissionais, paciente e família, para que todos vejam diariamente a evolução do quadro (Alencar, 2013).

Fontes:

http://documentacao.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/justificativa/JPL0609-2019.pdf

https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/afinal-o-que-e-caps/71761#:~:text=O%20objetivo%20dos%20CAPS%20%C3%A9,dos%20la%C3%A7os%20familiares%20e%20comunit%C3%A1rios.

ALENCAR, F.S.; CÁVAÇLCANTE, L.V.T.F..; LIMA, M.S.; OLIVEIRA, N.S; OLIVEIRA, G.F. Atendimento domiciliar em saúde mental ao usuário do CAPS.. Id on Line Revista de Psicologia, Novembro de 2013, vol.1, n.21, p.85-93. ISSN 1981-1189.

Câmara de Vereadores, 02 de julho de 2020.

Vereadora Leninha do Povo

EM BRANCO

Gmail **Legislativo Camara <diretorialegislativa.cmv@gmail.com>**

Projeto de Lei 5.904/20

1 mensagem

Legislativo Camara <diretorialegislativa.cmv@gmail.com> 8 de julho de 2020 09:13
Para: dicom@vilhena.ro.leg.br, Gabinete Suchi <gabinetesuchi@gmail.com>, Sandro gonçalves <sandrinho18@hotmail.com>, rogério golfetto <ve.rogerio@hotmail.com>, Valdete Sousa Savaris <vereadoraprofessoravaldete@gmail.com>, Rafael Maziero <vereadorrafaelmaziero@hotmail.com>, Samir Ali <vereadorsamiralivha@gmail.com>, CÉLIO BATISTA <celiobatista29@hotmail.com>, wilsontabalipa@hotmail.com, presidencia@vilhena.ro.leg.br, vereador.adilsonoliveira@gmail.com, França Silva <vereadorfrancavha@gmail.com>, cleialindavha123456789@gmail.com, laercioavec2015@gmail.com, LENINHA DO POVO VEREADORA <leninhadopovovereadora@gmail.com>

Olá!
Segue anexo o Projeto de Lei 5.904/20 de autoria da Vereadora Leninha do Povo para conhecimento.

Atenciosamente,
leomagno F Oliveira
Assistente Administrativo
Diretoria Legislativa

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 1301/20
Folhas 04

2 anexos

Projeto de Lei 5904-20.pdf
145K

PL 5.904-20 - Justificativa.pdf
233K

EM BRANCO

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 130/2020
Folhas 05

PROCESSO LEGISLATIVO Nº 130/2020

Despacho 01

Encaminho o **Projeto de Lei nº 5.904/2020,** à **COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA, TURISMO, ESPORTE, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**, para emissão de parecer na forma regimental, no prazo de 10 (dez) dias, em obediência ao artigo 52, *caput*, c/c o artigo 184, ressalvado o disposto no artigo 56, §§ 1º e 2º, e de acordo com os artigos 46, 47 e 51 da Resolução nº 030/2020.

Após, encaminhem-se os autos à **COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO**, para análise e emissão de parecer no prazo de 10 (dez) dias, na forma dos artigos 43, 49 e 52 do Regimento Interno.

Em 14 de julho de 2020.

Vereador Ronildo Pereira Macedo
PRESIDENTE

EM BRANCO

PROCESSO LEGISLATIVO Nº 130/2020

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 130/20
Folhas 06

Despacho 02

Diretoria Jurídica

Solicito análise e parecer no Projeto de Lei nº 5.904/2020.

14 de julho de 2020.

Vereador Wilson Tabalipa
PRESIDENTE DA CECTESAS

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES DE VILHENA
Proc. 130/2020
Fl. 07

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
DIRETORIA JURÍDICA

PROCESSO LEGISLATIVO Nº 130/2020

Despacho 03

Redistribuo o feito ao Advogado Günther Schulz para análise e parecer.

Vilhena/RO, 14 de julho de 2020.

ADENILSON LUIZ MAGALHAES
Diretor Jurídico
Portaria nº 100/2020

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES DE VILHENA
Proc. 130/20
Fl. 08

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
DIRETORIA JURÍDICA

Processo Legislativo n.: 130/2020

Despacho n. 04

De: Diretoria Jurídica
Para: Gabinete Ver. Leninha do Povo

Encaminho o processo legislativo para que seja feito o seguinte:

1) seja realizada pesquisa e certificado nos autos se existe ou não lei com idêntico teor ao do Projeto de Lei n. 5.904/2020;

2) seja informado se já existe ou não neste Município de Vilhena lei criando e regulamentando o Programa Atenção Domiciliar Melhor em Casa;

3) seja informado se o Projeto de Lei n. 5.904/2020 é uma norma autônoma ou está alterando outra lei preexistente.

Vilhena/RO, 15 de julho de 2020.

GÜNTHER SCHULZ
Advogado

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES DE VILHENA
Proc. 130/20
Fl. 09
Jéssica

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
GABINETE DA VEREADORA LENINHA DO POVO

Memorando nº 24/2020/GABLP Vilhena (RO) 15 de julho de 2020.

De: Gabinete Vereadora Leninha do Povo
Para: Diretoria Jurídica

Conforme solicitação, informamos que não constam na pesquisa realizada Leis com idêntico teor; no município, através da Secretária de Saúde existe o Programa Domiciliar melhor em casa, parceria do município de Vilhena com o Ministério da Saúde, conforme Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e, o Projeto é de autoria da vereadora atendendo reinvindicação das famílias de pacientes que possuem resistência em buscar ajuda.

Atenciosamente,

Vereadora Leninha do Povo

J.C.

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES
Proc. 130/2020
Fl. 10

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
DIRETORIA JURÍDICA

Processo Legislativo n.: 130/2020

Despacho n. 05

De: Diretoria Jurídica
Para: Gabinete Ver. Leninha do Povo

A Portaria do Ministério da Saúde n. 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, dispõe nos artigos 2º, 15 e 16 o seguinte:

> ***Art. 2º*** *Para efeitos desta Portaria considera-se:*
>
> ***I - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):*** *serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);*
>
> ***II - Atenção Domiciliar:*** *nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e*
>
> ***III - Cuidador:*** *pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.*
>
> ***Art. 15.*** *A EMAD terá a seguinte composição mínima:*
>
> ***I*** *- profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;*
>
> ***II*** *- profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;*
>
> *III - profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;*
>
> ***IV*** *- auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas;*
>
> ***Parágrafo único.*** *Nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.*
>
> ***Art. 16.*** *A EMAP deverá ter uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das cargas horárias semanais dos componentes devam acumular, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais:*
>
> ***I*** *- assistente social;*
>
> ***II*** *- fisioterapeuta;*
>
> ***III*** *- fonoaudiólogo;*

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES
Proc. 130/2020
Fl. 11

***IV** - nutricionista;*

***V** - odontólogo;*

***VI** - psicólogo;*

***VII** - farmacêutico; e*

***VIII** - terapeuta ocupacional*

***Parágrafo único.** Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.*

Conforme se vê, a aludida portaria ministerial, que cria e regulamenta, em nível nacional, a Atenção Domiciliar, já prevê a obrigatoriedade de os Municípios disponibilizarem, no âmbito da execução desse programa, profissionais *médicos* e *psicólogos* que integram as chamadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ou Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), voltadas para a realização de atendimentos domiciliares.

Ante o exposto, antes de adentrar na análise da constitucionalidade e legalidade da proposição legislativa, e desde já pedindo vênia pelo teor do presente despacho, devolvo este processo à nobre Vereadora, autora da proposta legislativa, sugerindo-lhe que averigue se os comandos contidos do Projeto de Lei n. 5.904/2020 eventualmente já estão ou não abarcados pela Portaria n. 963/2013/MS e se, estritamente por esse motivo, ainda persiste a necessidade de regulamentação do assunto em nível municipal.

Caso o projeto de lei seja mantido na íntegra e persista o interesse em dar continuidade ao processo legislativo, solicito o reenvio dos autos a esta Diretoria Jurídica para análise e parecer final.

Ressalto, para todos os efeitos, que o presente despacho não representa a opinião deste subscritor quanto à constitucionalidade e legalidade do projeto de lei, o que será oportunamente analisado, caso o processo legislativo retorne a esta Diretoria Jurídica.

Por oportuno, junto aos autos cópia integral da Portaria n. 963/2013/MS.

Vilhena/RO, 16 de julho de 2020.

GÜNTHER SCHULZ
Advogado

EM BRANCO

CÂMARA DE VEREADORES DE VIÇOSA
Proc. 130/2020
Fl. 12

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

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011

(Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013)

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição, que estabelece as ações e serviçospúblicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização políticoadministrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria Nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando o Decreto Nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria Nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Politica Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

CÂMARA DE VEREADORES DE ILHÉUS
Proc. 130/2020
Fl. 13

Considerando a Humanização como Politica transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008;

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

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

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

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

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

I -Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e

III - Cuidador : pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria Nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir às seguintes diretrizes:

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

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

CÂMARA DE VEREADORES DE ITAHENA
Proc. 130/2020
Fl. 14

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

IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V -adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

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

Art. 7º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - estar coberto SAMU ou possuir serviço móvel local de atenção às urgências; e

III - possuir hospital de referência no Município ou região que o integra. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Parágrafo único. Poderão ser admitidos outros critérios de enquadramento ao Município que desempenhe papel de referência assistencial a outros Municípios e que se encontre isolado geograficamente ou localizado em microrregião de saúde que não possua Município que atenda aos requisitos estabelecidos neste artigo, condições estas sujeitas a: (Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

I - aprovação pela respectiva CIB;(Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

II - parecer técnico do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 07.2012)

III - manifestação favorável do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT. (Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Art. 8º As EMAD deverão ser organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial a atenção básica. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

CÂMARA DE VEREADORES DE HERVAL
Proc. 130/2020
Fl. 15

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

Art. 9º-A. Fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMADs responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla que a sugerida nos termos do art. 9º. (Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

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

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

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

Art. 12. O SAD deverá organizar o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia, e garantir o cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar, nesses casos, o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção.

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

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

§ 1º Ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir uma segunda EMAD.(Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

§ 2º Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. (Incluído pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

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

I - profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;

II - profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;

III - profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;

IV - auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas;

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

CÂMARA DE VEREADORES
Proc. 130/2020
Fl. 16
5

Art. 16. A EMAP deverá ter uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações
listadas abaixo, cuja soma das cargas horárias semanais dos componentes devam acumular, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; e

VIII - terapeuta ocupacional

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.(Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Seção II

Das Modalidades de Atenção Domiciliar

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

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e

III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

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

Art. 18. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;

CÂMARA DE VEREADORES DE GUAÍBA
Proc. 130/2020
Fl. 17

II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII -promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;

VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores; e

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 22. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

CÂMARA DE VEREADORES
Proc. 130/2020
Fl. 18

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento continuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII- necessidade de cuidados paliativos;

XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou

XIV - necessidade de fisioterapia semanal. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Art. 24. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 25. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 26. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); e

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; e

CÂMARA DE VEREADORES DE IJUÍ
Proc. 130/2020
Fl. 19

c) paracentese. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Art. 27. Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 28. São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;
II - necessidade de assistência continua de enfermagem;
III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva continua.

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

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

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

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

Parágrafo único. Os equipamentos e os materiais citados no caput, bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e AD3 deverão ser instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor.

Art. 32. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

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

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

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

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

CÂMARA DE VEREADORES DE ...
Proc. 130/2020
Fl. 20
S

CAPÍTULO III
DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 33. Para a organização da Atenção Domiciliar como componente da Rede de Atenção às Urgências serão obedecidas as fases para a sua constituição previstas na Portaria No- 1.600/GM/MS, de 2011, da Rede de Atenção às Urgências.

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

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

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

I - especificação do número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP que estão sendo criados ou ampliados, com o respectivo impacto financeiro, observados os critérios descritos nesta portaria; e
II- descrição da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar:
a) retaguarda de especialidades;
b) métodos complementares de diagnóstico,
c) internação hospitalar; e
d) remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU);
III - apresentação a proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;
IV - informação o estabelecimento de saúde inscrito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) em que cada EMAD deverá estar alocada;
V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;
VI - informar o programa de qualificação do cuidador;
VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e
VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referência indicadores da literatura nacional e internacional, incluindo aqueles estabelecidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) No- 11, de 26 de janeiro de 2006.

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

§ 3º(Revogado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

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

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

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

Proc. 130/2020
Fl. 21

portaria específica.

Art. 37. O Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS, publicará o Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação desta Portaria, com objetivo de orientar a elaboração do Projeto e publicizar diretrizes e critérios utilizados para a análise técnica.

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

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

Art. 40. Os SAD deverão ser cadastrados em unidades cujas mantenedoras sejam as Secretarias de Saúde estaduais, distrital ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

Art. 41. Os Estabelecimentos de Saúde credenciados no serviço 13.01- Internação Domiciliar até a data da publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde na modalidade internação domiciliar (Código 13.01).

Art. 42. Somente os estabelecimentos públicos, atualmente habilitados em internação domiciliar (Código 13.01), poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar, habilitado pelo Código 13.02.

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

§ 2º A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de atenção domiciliar, de acordo com o disposto no caput deste artigo, deverá seguir o trâmite e os requisitos dispostos no Capítulo III desta Portaria.

CAPÍTULO V
DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

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

I - R$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3; e
II - R$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro definido neste artigo será repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo, respeitando-se o disposto no art. 14 desta Portaria, não sendo admitida sobreposição de EMAD. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

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

CÂMARA DE VEREADORES DE
Proc. 130/2020
Fl. 22

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

II - habilitação dos estabelecimentos no código instituído pelo art. 39 desta Portaria; e
III - inclusão, pelo gestor local, das EMAD e EMAP, se houver, no SCNES.

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

I - inexistência de estabelecimentos de saúde cadastrados para o trabalho das equipes;
II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as Equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;
III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; ou
IV - falha na alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), ou outro que o substitua, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Alterado pela PRT GM/MS nº 1533 de 16.07.2012)

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

Art. 46. Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável, quando o proponente for uma Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde para procedimentos de Média e Alta Complexidade, quando o proponente for uma Secretaria Estadual de Saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a usuários oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

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

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

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

CÓDIGO HABILITAÇÃO	DESCRIÇÃO DA HABILITAÇÃO	CENTRALIZADA/DESCENTRALIZADA

CÂMARA DE VEREADORES DE VILHENA
Proc. 130/2020
Fl. 23

13.02	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	CENTRALIZADA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc.nº 130/2020
Folhas 24

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
GABINETE DA VEREADORA LENINHA DO POVO

Memorando nº 26/2020/GABLP Vilhena (RO) 30 de julho de 2020.

De: Gabinete Vereadora Leninha do Povo
Para: Diretoria Legislativa

Solicito a retirada do Projeto de Lei nº 5.904/2020, conforme art. 113 do Regimento Interno da Câmara de Vereadores do Município de Vilhena-RO.

Atenciosamente,

Leninha do Povo
Vereadora

De ciente.
Em, 04/08/2020

Ronildo Macedo
Presidente
CVMV

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc nº 130/20
Folhas 25

ESTADO DE RONDÔNIA
PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE VILHENA
PALÁCIO VEREADOR NADIR ERENO GRAEBIN
DIRETORIA LEGISLATIVA

MEMORANDO nº 062/2020/DL-CVMV
7 de agosto de 2020.

De: Diretoria Legislativa
Para: Gabinete da Vereadora Leninha do Povo

Em atendimento ao Memorando nº 026/2020/GABLP o **Projeto de Lei nº 5.904/2020**, que inclui profissionais de saúde mental nas equipes do Programa Atenção Domiciliar Melhor em Casa e dá outras providências, foi retirado de pauta pela autora.

Vitória Celuta Bayerl
DIRETORA LEGISLATIVA

Jéssica Cotofeste
10/08/2020
11:06

EM BRANCO

EM BRANCO

CÂMARA MUNICIPAL DE VILHENA
Proc nº 130/2020
Folhas 26

Câmara de Vereadores do Município de Vilhena-RO
DIRETORIA LEGISLATIVA

Estes autos de processo contêm 26 folhas numeradas.

Projeto retirado de tramitação pela autora.
Arquive-se, em 10 de agosto de 2020.

Vitória Celuta Bayerl
DIRETORA LEGISLATIVA

EM BRANCO

EM BRANCO