

01-0525/2012

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE APOIO LEGISLATIVO - SGP2
SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

PROJETO DE LEI 01 - 0525 / 2012 DE 2012

MATÉRIA LEGISLATIVA: PL 01 - 0525 / 2012 DE 13/12/2012

PROMOVENTE: VEREADOR JOSÉ FERREIRA (ZELÃO)

E M E N T A: DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DE RETENÇÃO DE MACAS DO SAMU
NAS UNIDADES HOSPITALARES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
*** PROJETO PENDENTE DE LEITURA ***

OBSERVAÇÕES: *** PROJETO PENDENTE DE LEITURA ***

ARQUIVADO EM 02/01/2013

CHEFE DE SEÇÃO

Adriano de França Silva
Consultor Tec. Legis. - Bibliotecário
Supervisor Arquivo Geral - SGP-33



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Gabinete do Vereador José Ferreira "ZELÃO"

Folha nº 01 do proc. fls. 1
Nº 01-525 de 12
Adelina Cicone - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

PROJETO DE LEI

01 - PL
01-00525/2012

Dispõe sobre a proibição de retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DECRETA:

Art. 1º Fica proibida a retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares do Município de São Paulo por mais de 15 (quinze) minutos, liberando-a assim que deu entrada do paciente na unidade.

Art. 2º Todos os procedimentos da unidade hospitalar deve ser para a liberação imediata de macas do SAMU para que as ambulâncias possam transportar novos pacientes vítimas de acidentes.

Art. 3º Qualquer cidadão pode denunciar à Secretaria Municipal de Saúde a retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares impedindo as ambulâncias de exercerem plenamente seu trabalho.

Art. 4º O Conselho Gestor constatando a ocorrência dessa infração deve notificar a Direção Hospitalar para tomar as providências cabíveis, sem prejuízo, de notificar a Secretaria Municipal de Saúde para proceder às ações punitivas contra a Direção Hospitalar que deu causa a retenção de macas do SAMU.

Art. 5º Os profissionais da ambulância do SAMU, decorridos 15 (quinze) minutos da retenção da maca do SAMU deve notificar a Secretaria Municipal de Saúde para as medidas cabíveis, sob pena de responderem por conivência com a fraude do serviço do SAMU.

Art. 6º O Poder Executivo deverá regulamentar a presente lei no prazo de 90 (noventa) dias após sua aprovação.

Art. 7º As despesas para execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

CNP - 98P.22 - 13/12/2012 - 15:02 - 003156 - 1/1

Matéria PL 525/2012. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob nº
2 a 3 e folha de informação
sob nº 41. ..2.0.1.2.1.2..
Ass: 

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

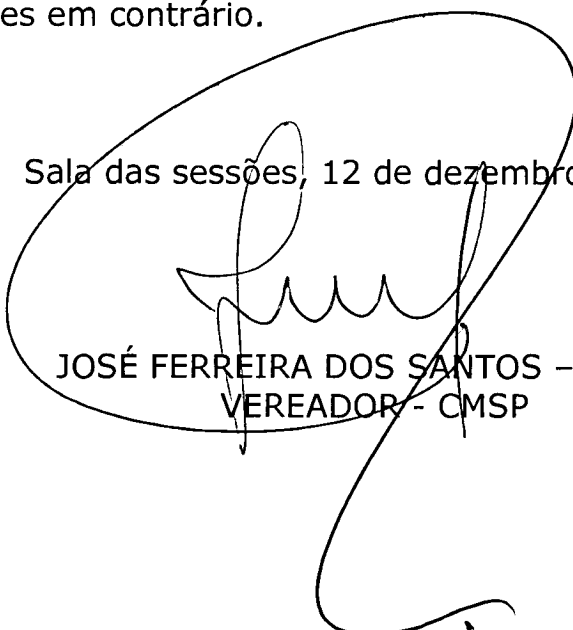
Gabinete do Vereador José Ferreira "ZELÃO"

Folha nº 02 do proc. fls. 3
Nº 01.525 de 12
Adelina Cicone - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

Art. 8º Os impactos orçamentários serão devidamente observados com o fim de cumprir a lei de responsabilidade fiscal e constarão do orçamento no ano seguinte à aprovação da presente lei.

Art. 9º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das sessões, 12 de dezembro de 2012


JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS - ZELÃO
VEREADOR - CMSP



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Gabinete do Vereador José Ferreira "ZELÃO"

Folha nº 03 do proc.
Nº 01-525 de 12
Adelina Cicone - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

JUSTIFICATIVA

A retenção de macas do SAMU em unidades hospitalares impede que as ambulâncias prestem novas ações de socorro às vítimas. Muitos hospitais retêm macas do SAMU durante horas por dizer que não dispõem de macas para colocar os pacientes / vítimas que chegam as unidades hospitalares.

Com isso, as ambulâncias do SAMU ficam impedidas de atender outras vítimas. Cabe aos hospitais disponibilizarem macas para recepcionar imediatamente os pacientes que cheguem às unidades liberando as macas do SAMU para que as ambulâncias não quebrem sua capacidade de atendimento.



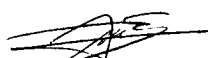
**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 04

do processo nº 01-575 de 20 12, 2 1 1 13, (a) cd

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.400

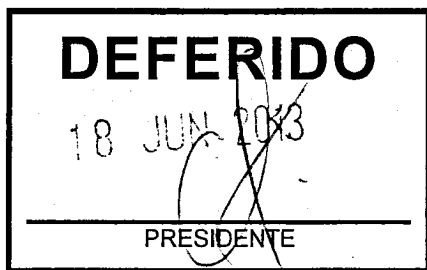
À
SGP.33
Para arquivamento.
Nos termos do artigo 275 do Regimento Interno.
São Paulo, 02/01/2013.


AARÃO M. DOS SANTOS - RF. 10.980
SUPERVISOR DE SGP. 22
SUBSTITUTO.

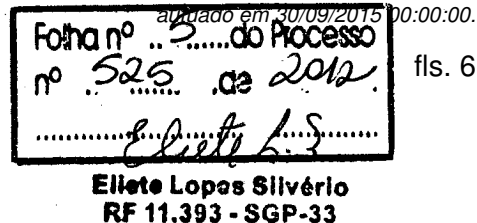
MPN: 123219

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL	
Processo encerrado com	<u>04</u> folhas
Arquivado em	<u>02/01/2013</u>
<u>Ubirajara Jr</u>	

Ubirajara de Farias Prestes Filho
Consultor Técnico Legislativo - História
RF 11.215



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO



REQUERIMENTO

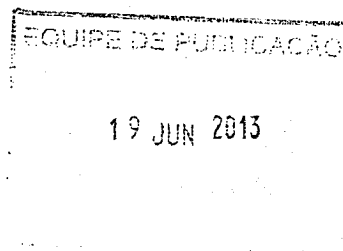
13 - RDS
13- 00956/2013

Senhor Presidente,

REQUEIRO, nos termos do art. 275, § 2º, do Regimento Interno, o retorno à tramitação da(s) proposição(ões) elencada(s) a seguir: PL 524/12, PL 525/12, PL 526/12, PL 527/12, PL 528/12, PL 535/12, PL 536/12, PL 537/12, PL 538/12, PL 539/12, PL 540/12 E PL 543/12 todos de autoria do Vereador Zelão .

Sala das Sessões, 12 de junho de 2013

Vereador Alfredinho
Líder do PT



CMSP - SGP.22 - 13/06/2013 - 17:06 - 004792 - 1/1



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

do processo nº

525

de 20

12

24

06

Papel para informação, rubricado como folha nº

13

(a)

Electo L.S.

6

Electo Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

À SGP.33

Sra. Supervisora,

Encaminho o presente requerimento para o desarquivamento da propositura indicada no RDS 13-0956/2013.

21/06/2013

Solange

SOLANGE RAINONE DOS SANTOS
Secretária de Apoio Legislativo – SGP.2

À SGP-22

Sra. Supervisora,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-0956/2013, segue o presente expediente para volta à tramitação.

21/06/13

Adriana

ADRIANA DE FRANÇA SILVA
Supervisora da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

RECEBIDO EM SGP-22

/ /

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documentos rubricado(s) sob nº
— a — e folha de informação
sob nº 6 271.6...112...

Ass: Adelina Cicone

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

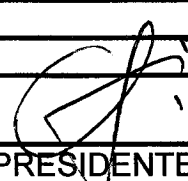


**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 7

do processo nº01 - 525..... de 20.....12....., 27/6/13 (a) Adelina

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE: 26 JUN 2013
<u>Const. Just. da Part. Cipalura</u>
<u>Adm. Republica</u>
<u>Saúde, Prom. Social, Trabo e Mullen</u>
<u>Am. e Documento</u>

PRESIDENTE

CLAUDINHO DE SOUZA

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras

Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

27/06/13.

Carlos Roberto da Silva
Supervisor Substituto – SGP.22

RECEBIDO Nº	SETOR DE PESQUISA
EM: <u>27/06/13</u>	17:40
POR: <u>Julia</u>	
SAIDA: <u>28/08/13</u>	ASS: <u>[Signature]</u>

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Juntado(s) o(s) documento(s) de
08/ 4K. S.P. 28/08/13
Ina Duarte Rodrigues
Técnico Administrativo
RF. 11/07



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 08
Proc. nº 01-0551/12
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0525/12

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo) e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislacao, a respeito do assunto foi localizado o seguinte:

- Decreto Federal 5.055, de 27 de abril de 2004, que institui o Serviço Móvel de Urgência – SAMU;
- Resolução da ANVISA nº 443/11, que dispõe sobre rede de urgência e emergência;
- Portaria Estadual do Ministério da Saúde nº 479/99, que dispõe sobre atendimento de urgências;
- Portaria Estadual do Ministério da Saúde nº 1864/03, que dispõe sobre o componente pré hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria Estadual do Ministério da Saúde nº 2048/02, que dispõe sobre serviços de urgências e emergências;
- Portaria Estadual do Ministério da Saúde nº 1600/11, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria Estadual do Ministério da Saúde nº 1010/12, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço Móvel de Urgência – SAMU;
- Decreto Estadual nº 58.931, de 04 de março de 2013, que define o sistema de resgate a acidentados;
- Lei Estadual nº 14.471, de 22 de junho de 2011, que proíbe a exigência de caução para a internação de doentes em hospitais;
- Lei Municipal nº 14.413, de 31 de maio de 2007, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município, e dá outras providências;
- Portaria Municipal da Secretaria de Saúde nº 770/09, que define normas para a elaboração de planos de atenção;
- Portaria Municipal da Secretaria de Saúde nº 1371/09, que constitui o Comitê Gestor Municipal do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências;
- PL 127/2012, que dispõe sobre o encaminhamento facultativo de acidentados ou pessoas atendidas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) a estabelecimentos de saúde privados, e dá outras providências;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 09
Proc. nº 01.0525/12
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

- PL 463/2013, que dispõe sobre a criação de estrutura administrativa para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Município de São Paulo, com a criação de entidade autárquica de regime especial, e dá outras providências;

- PL 530/2013, que dispõe sobre a proibição de retenção de macas das ambulâncias do SAMU e de outras unidades móveis de atendimento pré-hospitalar, e dá outras providências.

Cópia(s) do(s) texto(s) normativo(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 07.

São Paulo, 27 de agosto de 2013.

Christiana Samara Chebib
Procuradora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 244.472

Marcela Falco Giacaglia
Procuradora Supervisora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 111.393

**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos**

Polha 10
Proc. nº. 01.05.512
Sis Duarte Rodrigues
RF 11.207

DECRETO Nº 5.055, DE 27 DE ABRIL DE 2004.

Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, e

Considerando a realidade atual de morbimortalidade, relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência;

Considerando que, nos termos do preceituado no art. 197 da Constituição e nos arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, afigura-se de relevância pública a normatização da organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências;

Considerando a necessidade de estruturação, por parte do Poder Público, de rede regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de modo a desconcentrar a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros; e

Considerando, ainda, a regulamentação, expedida pela Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL, sobre as Condições de Acesso e Fruição dos Serviços de Utilidade Pública e de Apoio ao Serviço Telefônico Fixo Comutado;

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, em Municípios e regiões do território nacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, visando a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente.

Art. 2º Para fins do atendimento pelo SAMU, fica estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único 192, que será disponibilizado pela ANATEL exclusivamente às centrais de regulação médica vinculadas ao referido Sistema.

Art. 3º Os Municípios ou regiões que pretenderem aderir ao SAMU deverão formular requerimento aos Ministérios da Saúde e das Comunicações, que decidirão, conjuntamente, sobre a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados.

Art. 4º O Ministério da Saúde expedirá, no prazo de sessenta dias a contar da publicação deste Decreto, normas complementares pertinentes à implantação do SAMU.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de abril de 2004, 183ª da Independência e 116ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Eunício Oliveira

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 28.4.2004

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO Nº. 443, DE 9 DE JUNHO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

considerando que o art. 196 da Constituição Federal determina que a saúde, direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

considerando a Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, implantada em todas as unidades federadas e em conformidade com as competências das três esferas de gestão;

considerando a alta morbimortalidade relacionada à violência e acidentes no Brasil;

considerando o impacto que os desastres ambientais possuem sobre a operatividade das redes assistenciais do SUS;

considerando a Rede de Atenção Básica e a Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como loci de acolhimento primário na atenção a agudos, e

considerando o contexto da transição epidemiológica e demográfica no Brasil, com destaque para o envelhecimento populacional e a prevalência de agravos crônicos; resolve:

Art. 1º Aprovar a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde deverá organizar o complexo regulador na lógica das redes de atenção à saúde e contratualizar repasses de reajustes ao investimento e custeio necessários, visto que a integração da RUE a todos os demais componentes da atenção à saúde torna imperativo articular equipamentos e suas interfaces nas modalidades de: promoção e prevenção; atenção primária: unidades básicas de saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 h; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e atenção domiciliar; protocolos e inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias definidas como prioritárias.

Art. 2º Aprovar a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob a gestão do Ministério da Saúde. A Força Nacional de Saúde do SUS deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira, e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade. A FN-SUS deverá prover resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências específicas em todas as unidades federativas do território nacional e, extraordinariamente em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República.

Art. 3º Determinar que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle e fiscalização para o cumprimento das responsabilidades relacionadas ao desempenho das unidades integrantes da Rede de Atenção às Urgências.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Homólogo a Resolução CNS nº 443, de 09 de junho de 2011, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

RESOLUÇÃO Nº. 443, DE 9 DE JUNHO DE 2011

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

considerando que o art. 196 da Constituição Federal determina que a saúde, direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

considerando a Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, implantada em todas as unidades federadas e em conformidade com as competências das três esferas de gestão;

considerando a alta morbimortalidade relacionada à violência e acidentes no Brasil;

considerando o impacto que os desastres ambientais possuem sobre a operatividade das redes assistenciais do SUS;

considerando a Rede de Atenção Básica e a Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como loci de acolhimento primário na atenção a agudos, e

considerando o contexto da transição epidemiológica e demográfica no Brasil, com destaque para o envelhecimento populacional e a prevalência de agravos crônicos; resolve:

Art. 1º Aprovar a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde deverá organizar o complexo regulador na lógica das redes de atenção à saúde e contratualizar repasses de reajustes ao investimento e custeio necessários, visto que a integração da RUE a todos os demais componentes da atenção à saúde torna imperativo articular equipamentos e suas interfaces nas modalidades de: promoção e prevenção; atenção primária: unidades básicas de saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 h; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e atenção domiciliar; protocolos e inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias definidas como prioritárias.

Art. 2º Aprovar a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob a gestão do Ministério da Saúde. A Força Nacional de Saúde do SUS deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira, e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade. A FN-SUS deverá prover resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências específicas em todas as unidades federativas do território nacional e, extraordinariamente em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República.

Art. 3º Determinar que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle e fiscalização para o cumprimento das responsabilidades relacionadas ao desempenho das unidades integrantes da Rede de Atenção às Urgências.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Homólogo a Resolução CNS nº 443, de 09 de junho de 2011, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

Folha 12
Proc. nº 01-05851/99
Silvia Duarte Rodrigues
RPF 11.207

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



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 479, DE 15 DE ABRIL DE 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a importância do atendimento hospitalar na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência;

Considerando a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de que trata a Portaria GM/MS/Nº 2923, de 09 de junho de 1998, publicada no DO nº 111, de 15 de junho de 1998;

Considerando a necessidade de organização dessa assistência e de incentivo ao compromisso de melhoria da qualidade do atendimento à população;

Considerando os diferentes níveis de incorporação tecnológica entre as várias regiões brasileiras, e

Considerando a necessidade de estabelecer critérios que avancem na direcionalidade e concepção de rede regionalizada e hierarquizada dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, resolve:

Art. 1º Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 2º Estabelecer os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no Art. 4º:

a) Hospitais Tipo I – são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia.

Devem dispor de:

área física e instalações – compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em:

Cardiologia:

radiologia convencional;
análises clínicas laboratoriais;
eletrocardiografia;
ultra-sonografia;
ecocardiografia;
hemodinâmica;
angiografia;
cirurgia cardiovascular;
unidade de terapia intensiva;
agência transfusional, e
anestesiologia.

- Pediatria:

radiologia convencional;
análises clínicas laboratoriais;
eletrocardiografia;
ultra-sonografia;
unidade de terapia intensiva;
cirurgia pediátrica, e
anestesiologia.

- Traumatologia-ortopedia:

radiologia convencional;
análises clínicas laboratoriais;
intensificador de imagem, e
anestesiologia.

outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de:

- Cardiologia:

tomografia computadorizada

- Pediatria:

agência transfusional;
tomografia computadorizada;
broncoscopia, e
endoscopia.

- Traumatologia-ortopedia:

tomografia computadorizada;
cirurgia vascular;
cirurgia bucomaxilofacial;
cirurgia geral;
neurocirurgia, e
agência transfusional.

recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de:

- Cardiologia:

cardiologista;
hemodinamista;
angiografista;
cirurgião cardiovascular;

intensivista;
ecocardiografista;
imagenologista, e
anestesiologista

- Pediatria:

pediatra;
intensivista;
cirurgião pediátrico, e
anestesista.

- Traumatologia-ortopedia:

ortopedista e traumatologista;
clínico geral;
anestesista.

outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:

- Cardiologia:
imagenologista, e
hematologista.

- Pediatria:
imagenologista;
hematologista;
broncoscopista;
endoscopista, e
neuropediatria.

- Traumatologia-ortopedia:

imagenologista;
cirurgião vascular;
cirurgião bucomaxilofacial;
cirurgião geral;
neurocirurgião, e
hematologista.

atuado em 30/09/2015 00:00:00.

fls. 18

b) Hospitais Tipo II – são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

Devem dispor de:

área física e instalações – compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica;

recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital – para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber:

- radiologia convencional;
- ultra-sonografia;
- análises clínicas laboratoriais;
- eletrocardiografia;
- terapia intensiva;
- tomografia computadorizada;
- endoscopia;
- agência transfusional;
- anestesiologia.

outros recursos tecnológicos – próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber:

- broncoscopia;
- hemodinâmica;
- angiografia;
- ecocardiografia, e
- terapia renal substitutiva.

recursos humanos mínimos e indispensáveis – presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:

- clínica médica;
- clínica pediátrica;
- cirurgia geral;
- ortopedia e traumatologia;
- anestesia, e
- tratamento intensivo.

outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:

- oftalmologia;
- endoscopia;
- broncoscopia;
- otorrinolaringologia;
- cardiologia;
- odontologia;
- hemodinâmica;
- neurologia;
- neurocirurgia;
- angiografia;
- psiquiatria;
- gineco-obstetrícia;
- hematologista, e
- cirurgia pediátrica.

c) Hospitais Tipo III – são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatólicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Devem dispor de:

área física e instalações – compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica;

recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber:

- análises clínicas laboratoriais;
- radiologia convencional;

- ultra-sonografia;
- eletrocardiografia;
- unidade de terapia intensiva;
- tomografia computadorizada;
- agência transfusional;

- endoscopia;
- broncoscopia;
- terapia renal substitutiva;
- anestesiologia;
- Neurocirurgia, e
- Ecocardiografia.

outros recursos tecnológicos – próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber:

- hemodinâmica, e
- angiografia

recursos humanos mínimos e indispensáveis – presentes no hospital, capacitados nas áreas de:

- clínica médica;
- clínica pediátrica;
- cirurgia geral adulto e pediátrico;
- ortopedia e traumatologia;
- anestesia;
- terapia intensiva;
- odontologia;
- Radiologia;
- Cardiologista, e
- neurologista

outros recursos humanos – alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de:

- cirurgia vascular;
- toxicologia;
- oftalmologia;
- hemodinâmica;
- angiografia;
- endoscopia digestiva;
- broncoscopia;
- otorrinolaringologia;
- cirurgia bucomaxilofacial;
- cirurgia plástica;
- gineco-obstetrícia;
- psiquiatria;
- cirurgia torácica, e
- neurocirurgia.

Parágrafo Único - Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional.

Art. 3º Determinar que as Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 2º desta Portaria e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passem a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 4º Estabelecer que os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no anexo I dessa Portaria, de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais:

- Hospital Tipo I – 20%;
- Hospital Tipo II – 35%, e
- Hospital Tipo III – 50%.

Parágrafo Único - Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III.

Art. 5º Definir que para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o Artigo 4º, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência.

Art. 6º Definir os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do anexo desta Portaria.

Parágrafo Único - A Secretaria de Assistência à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo.

Art. 7º Determinar que o gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias.

Art. 8º Definir que o adicional de que trata o artigo 4º desta Portaria não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E, objeto da Portaria GM/MS/1692/95.

Art. 9º Esclarecer que não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia, constantes da Portaria/GM/MS/Nº 2922/98 e dos demais sistemas de alta complexidade.

Art. 10º Estabelecer que cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS, com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos.

Art. 11. Determinar que cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Assistência à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro.

Art. 12. Esclarecer que a classificação dos hospitais, bem como sua consequente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reequadramento de unidades à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS.

§ 1º Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto nessa Portaria, assim como a disponibilidade de recursos.

§ 2º Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo Art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios dessa portaria.

§ 3º Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada Estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio.

Art. 13. Determinar que as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde realizarão avaliações semestrais nas Unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências desta portaria.

Art. 14. Definir que nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria GM/MS/Nº 2.925, de 09 de junho de 1998, publicada no DO nº 111, de 15 de junho de 1998.

JOSÉ SERRA

ANEXO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.864, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003

Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da Implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

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

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria nº 356/SAS, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria nº 1063/GM de 29 de setembro 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente;

Considerando a competência do Ministério da Saúde em estimular a implantação de serviços de saúde responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel no País;

Considerando que é essencial ao Sistema Único de Saúde promover a educação continuada dos profissionais de todas as áreas de atuação;

Considerando a premente necessidade do adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplantes da população brasileira;

Considerando as deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na sua 131ª reunião, de 4 e 5 junho de 2003, e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), aprovadas em Plenária da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, realizada em 13 de agosto de 2003, resolve:

Art. 1º Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria.

Art. 2º Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU - 192.

Art. 3º Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos SAMU, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais SAMU-192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

§ 1º Os bens adquiridos e os serviços realizados com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo deverão ser repassados às secretarias de saúde municipais e estaduais e serão destinados exclusivamente à implantação ou implementação do SAMU.

§ 2º Com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir os

veículos móveis (ambulâncias) e os respectivos equipamentos necessários à instalação das unidades de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, que posteriormente serão transferidos aos Estados e Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio de cessão a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, devendo esses bens transferidos guardar a padronização visual constante do Anexo - Item F, desta Portaria.

§ 3º As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes.

§ 4º Com os recursos de investimento previstos no caput deste Artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir equipamentos necessários ao funcionamento do Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde, que posteriormente serão transferidos aos Estados e Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, respeitados os critérios constantes no Anexo - Item D, desta Portaria.

§ 5º Os recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências serão repassados mediante convênio no montante de até R\$ 150.000,00 por Núcleo;

§ 6º A compra de soluções para as adequações físicas, equipamentos e softwares para as Centrais SAMU-192 será objeto da Portaria específica, buscando contemplar as necessidades existentes nas diferentes realidades, sendo os equipamentos ou recursos financeiros disponibilizados mediante celebração de convênios, respeitados os critérios de gestão constantes no Anexo - Item B, desta Portaria.

§ 7º Para aquisição de equipamentos e adequação de áreas físicas das 152 centrais de regulação previstas no caput deste Artigo, serão dispêndidos recursos à medida do porte das centrais proporcionalmente à população a ser atendida, nos seguintes parâmetros:

- Equipamentos:

- para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;

- para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00;

- para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 200.000,00.

- Área física:

- para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 50.000, 00;

- para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;

- para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00.

§ 8º Para a transferência dos recursos aludidos nos §§ 5º, 6º e 7º, deste Artigo, será exigida contrapartida nos casos abrangidos pela legislação vigente aplicável aos convênios de natureza financeira.

§ 9º Os recursos a ser transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Portaria não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da rede privada (filantrópica e lucrativa).

§ 10. Os recursos de investimento e custeio terão seus repasses limitados às secretarias de saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do SAMU e das Centrais SAMU - 192.

Art. 4º Definir que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos.

§ 1º Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os seguintes parâmetros:

a) por Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês;

b) por Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês;

c) por Equipe da Central SAMU-192: R\$ 19.000,00 por mês.

§ 2º O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos Estados e Municípios em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, e deverá estar expresso nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios.

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

fls. 23

Matéria PL 525/2012. O arquivo mdo do ECM não contém assinaturas.

Folha 12
Proc. nº 0.058.12

3º Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Portaria deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU.

4º Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos nesta Portaria, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos de cumprimento do disposto nesta Portaria:

1º Os SAMU não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente da Política Nacional de Atenção às Urgências instituído nos termos desta portaria.

2º Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

3º Definir que a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

a) elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.

a1) Os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência, além da implantação da política denominada "vaga zero" nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria nº 2048/GM, de 5 de dezembro de 2002.

a2) Os Planos deverão conter as grades de referência e contra-referência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, prontas socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas ou contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo - Item E, desta Portaria.

a3) Nos casos em que a pactuação aponte a implantação de sistemas regionais, a coordenação do processo de elaboração do Plano Regional será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais envolvidas.

a4) A coordenação do processo de elaboração do Plano Estadual será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. (COSEMS).

b) Apresentar projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, com sua respectiva Central SAMU-192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS nº 2048, de novembro de 2002). Este projeto deve incluir a planta física proposta para a Central SAMU-192 e seu custo respectivo.

c) Apresentar proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências, com respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no referido Regulamento Técnico.

d) Implantação das Coordenações Estaduais de Urgência, das Coordenações Municipais de Urgência e das Coordenações Regionais de Urgência, quando necessário.

e) Elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Anexo, Item C, desta Portaria.

f) Apresentação de Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências, assinado pelos gestores e pelos diretores / coordenadores dos serviços que o compõem. Este Termo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo-os em um processo de diagnóstico / adequação operacional de caráter permanente e dinâmico;

g) Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

h) Submeter o pleito de qualificação para análise à aprovação:

h1) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, conforme o caso);

h2) do conselho de saúde, comprovando por meio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde.

h3) da Comissão Intergestores Bipartite.

1) Os Municípios deverão comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado nos Anexos 2º e 3 da NOAS 01/02, em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria 2048/02, Capítulo I (Itens 1, 2 e 3), Capítulo III (Itens 1 e 2) e Capítulo V, para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I.

j) Apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo resposta e seus componentes, casística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme Anexo, Item A.

k) Comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho.

l) Apresentação de planejamento com vistas a ampliar a captação de órgãos destinados aos transplantes.

m) Disponibilização do banco de dados dos SAMU para implementar os registros de traumatismos não-intencionais, violência em geral, traumatismos no trabalho e o controle sobre doenças de notificação compulsória e outras condições de interesse para o desenvolvimento de estratégias promocionais.

n) Estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

o) Implantação de ações que busquem a humanização do atendimento em urgências, com objetivo definido de fortalecer as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes.

p) Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

q) Os Municípios e Estados que atendam os critérios aqui estabelecidos e que já possuam serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operativos nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.

Art. 7º As secretarias municipais e estaduais de saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central SAMU-192 já em funcionamento nos moldes da legislação referida terão jus imediato dos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde de projetos que contemplem:

a) b) reve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel no município / estado;

b) garantia de atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada;

c) cópia do ato formal de Constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;

d) cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo as mesmas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;

e) contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do SAMU;

f) lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, com suas modalidades de contratação, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefes Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;

g) escala mensal dos últimos dois meses dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central SAMU-192, sabendo-se: Médicos, Reguladores, Intencionistas, Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, e Telefonistas Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota;

h) Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

Parágrafo único. O pleito de qualificação deve ser submetido à análise e aprovação:

a) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, quando necessário);

b) do conselho de saúde, comprovando por intermédio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde, e dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde;

c) da Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 8º Definir que todas as instâncias de análise e seleção dos projetos deverão utilizar, de acordo com os

Matéria PL nº 25/012. O arquivamento do PLE nº 25/012 não contém assinaturas.

requisitos estabelecidos no Artigo 6º, os seguintes critérios de prioridade:

- 1º Municípios possuidores de serviços da área da saúde que realizam atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 horas por número telefônico gratuito - 192, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002;
 - 2º Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;
 - 3º Municípios com maior porte populacional;
 - 4º Municípios pólos regionais, definidos no PDR.
- Com exceção do item "a" que será preferencial, os demais critérios estabelecidos pelo *caput* deste Artigo não terão caráter hierárquico, entre si.
- Os projetos previamente analisados e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências.
- Por meio de pactos entre municípios e estado, poderão ser implantadas Centrais SAMU-192 de abrangência regional, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

Art. 9º Estabelecer que os projetos elaborados pelos estados e municípios, aprovados pelos respectivos conselhos e pela Comissão Intergestores Bipartite, que atenderem ao estabelecido nos artigos 6º, 7º e 8º desta Portaria, deverão ser encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência - Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, respeitadas as disposições contidas nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas mediante a Celebração de Convênios, aprovadas pela Portaria nº 801, de 15 de maio de 2003.

§ 1º Em relação aos recursos de custeio, após análise técnica efetuada pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência, o projeto será encaminhado ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas e à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º Os projetos aludidos no *caput* deste Artigo referentes a investimento deverão ser cadastrados e tramitados por intermédio do Sistema de Gestão de Convênios (GESCON), devendo a instância cadastrante encaminhá-los à Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, para análise técnica.

§ 3º Os procedimentos de aquisição e transferência dos veículos e equipamentos serão operacionalizados pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, observado o disposto nas cláusulas dos convênios celebrados.

4º Os projetos deverão ser encaminhados pelas Comissões Intergestores Bipartite Estaduais para a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, até o dia 20 de dezembro de 2003.

§ 5º A partir do protocolo do projeto na Coordenação-Geral de Urgência e Emergência - DAE/SAS, a mesma terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para elaborar o parecer técnico.

§ 6º Os projetos selecionados pelo Ministério da Saúde serão apresentados em reunião da Comissão Intergestores Tripartite/CIT e do Conselho Nacional de Saúde/CNS.

Art. 10. Estabelecer que os recursos orçamentários, contraparte da União, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, nos seguintes programas de trabalho:

- 10.302.0023.4306 - Atendimentos Ambulatorial Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 11. Possibilitar aos Municípios e Estados que possuem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central SAMU 192, em conformidade com as especificações técnicas da Legislação existente (Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002), a garantia do custeio por meio do repasse mensal regular e automático, fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados, conforme requisitos expressos no Artigo 7º.

Parágrafo único. A liberação dos recursos de investimento dos projetos aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 12. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado.

Art. 13. As instâncias de recurso referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação do componente pré-hospitalar móvel serão, por ordem, resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14. Para os efeitos do disposto nesta Portaria, o Distrito Federal será tratado como Estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

A - Acompanhamento e avaliação das ações:

1 - o acompanhamento e avaliação das ações será efetuado por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho a seguir relacionados:

- 1.1 - tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;
- 1.2 - tempo médio decorrido no local da ocorrência;

1.3 - tempo médio de transporte até a unidade de referência;

1.4 - tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);

1.5 - indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);

1.6 - taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar;

1.7 - mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas);

1.8 - casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

B - Regulação da Atenção às Urgências: papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde:

1 - o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido por intermédio de Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, define a organização estrutural e funcional dos sistemas, bem como a responsabilidade das três esferas gestoras da saúde pública brasileira, refletindo as recomendações da NOAS-SUS de 01/02.

2 - na perspectiva acima considerada, reconhece-se o papel fundamental dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador, onde as centrais municipais poderão atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto aos pólos macrorregionais, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite.

3 - cabe à esfera de governo estadual, dentro de suas macro-funções de regulação e cooperação o papel de:

3.1 - coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos;

3.2 - assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência;

3.3 - monitorar o cumprimento das pactuações regionais e estaduais estabelecidas, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime;

3.4 - promover a interlocução inter e intra-regional;

3.5 - monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;

3.6 - avaliar sistematicamente os fluxos pactuados e os espontâneos de pacientes em direção aos serviços de urgência, propondo correções quando necessário, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e na análise das necessidades não atendidas;

3.7 - compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais SAMU-192, no âmbito estadual, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS;

3.8 - gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde;

4 - Sendo assim, as macro-funções do Estado, no âmbito da organização da atenção às urgências, ficam estabelecidas na dimensão da organização e regulação geral do sistema estadual, garantindo a universalidade, a atenção equitativa e a integralidade da atenção às urgências. As secretarias estaduais de saúde poderão, portanto, desde que

Matéria em anexo contém assinaturas

em acordo com a pactuação estabelecida com os municípios, assumir a gestão do sistema de atenção pré-hospitalar móvel e operacionalização das centrais SAMU – 192.

5 - Os Estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhe no exercício da regulação estadual, promovendo a mediação entre os gestores municipais da saúde, bem como dos fluxos entre as centrais de regulação regionais.

6 - Definições da estrutura e das responsabilidades no âmbito dos Comitês Gestores:

6.1 - as secretarias municipais de saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações. Da mesma forma, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências;

6.2 - os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional. Permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS, nos seus vários níveis;

6.3 - nos Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e microrregulação (regional e local). Este relatório da situação da atenção estadual às urgências será remetido à Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em Brasília, onde comporá a base nacional de dados relativa a atenção às urgências;

6.4 - recomenda-se que os Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras;

6.5 - sugere-se que os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função, coordenadores municipais do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil e dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes e, conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros;

6.6 - para os Comitês Gestores dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências sugere-se a seguinte composição mínima: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil Municipal e do gestor municipal da área de trânsito, e conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

D - Dos Núcleos de Educação em Urgências:

1 - os Projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) deverão contemplar os seguintes objetivos e compromissos:

1.1 - promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema;

1.2 - estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e a atenção integral às urgências;

1.3 - implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Pólos de Educação Permanente em Saúde;

1.4 - Financiar a aquisição de equipamentos técnicos para a estruturação de Laboratórios dos Núcleos de Educação em Urgências articulados com os Pólos de Educação Permanente em Saúde, onde estes estiverem implantados, sendo no mínimo um por Estado (ação imediata: formação de multiplicadores).

E - Do planejamento da operação dos Sistemas de Atenção às Urgências – Componente Pré-Hospitalar-Móvel: estudo da operação e sua avaliação prospectiva:

1 - O processo de implantação do componente pré-hospitalar móvel exige a elaboração de um diagnóstico abrangente dos municípios, contemplando os seguintes itens:

1.1 - identificação da rede de atenção instalada, em suas características físicas e complexidade de atuação no atendimento das urgências;

1.2 - levantamento dos dados de produção;

1.3 - identificação dos fluxos de pacientes pactuados e/ou espontâneos intra e extra municipais existentes;

1.4 - caracterização do transporte interinstitucional dos pacientes com quadros urgentes;

1.5 - diagnóstico da causalidade local e regional das urgências;

1.6 - análise da cobertura assistencial a partir dos parâmetros de cobertura populacional vigente;

1.7 - identificação dos padrões profissionais das equipes de saúde.

Todos esses elementos permitirão a elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes.

2 - O banco de dados originado dessa intervenção se constituirá na pedra fundamental para a elaboração da Política de Atenção Integral às Urgências em cada âmbito de gestão, dando conta inicialmente de sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde, reunindo urgências clínicas e decorrentes de causas externas:

2.1 - traumatismos não-intencionais, violências e suicídios;

2.2 - urgências Cardiovasculares;

2.3 - urgências ginecológicas e obstétricas;

2.4 - urgências pediátricas;

2.5 - urgências psiquiátricas;

2.6 - urgências metabólicas;

2.7 - urgências respiratórias.

3 - A referida linha de base permitirá, ainda, a monitorização e explicitação dos avanços obtidos na implementação da política nacional.

F - Padronização visual:

1 - as ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual definida pelo Ministério da Saúde em todos os municípios e estados, que tenham projetos qualificados, com espaços pré-definidos para as logomarcas do Governo Federal, Governo Estadual e/ou do Município;

2 - as áreas de urgência dos hospitais de referência também deverão receber um selo padrão de identificação;

3 - a padronização é fundamental para garantir a identificação das equipes e dos hospitais ligados ao SAMU, facilitando a comunicação com a população.

G - Referências bibliográficas para elaboração dos projetos:

- Lei nº 8080/90

- Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001;

- NOAS-SUS-01/2002;

- Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002;

- Portaria nº 2224/GM, de 5 de dezembro de 2002;

Conselho Federal de Medicina – Portaria nº 1529/98.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do MinistroFolha 19 fls. 30
Proc. nº 01.055/12
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência;

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida; e

Considerando a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País e que não garantem a qualidade do aprendizado, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§ 2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que

atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Folha 32
Proc. nº 01.05.5112

Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I do Regulamento Técnico desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integrarão o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

§ 2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

§ 3º Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Serviços conforme estabelecido no § 1º, confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

§ 4º O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

b - Relatório de Vistoria, a vistoria deverá ser realizada "in loco" pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

§ 5º Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado da seguinte forma:

a - Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel, e Hospitalar de Unidades Gerais de Tipo I ou II – o cadastramento deve ser efetivado pelo próprio gestor do SUS;

b - Unidades de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III – remeter o processo para análise ao Ministério da Saúde/SAS, que o avaliará e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

Art. 3º Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§ 1º Ficam mantidos todos os demais Artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

16/07/13

Ministério da Saúde

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Folha

2

5201/00011534

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar pleno cumprimento ao disposto nesta Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências existentes e em funcionamento.

Leandro Rodrigues
RF 11.207

§ 2º Para a classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, esta Portaria tem efeitos a contar de sua publicação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.

BARJAS NEGRI

ANEXO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

1ª Parte - Classificação, habilitação e cadastramento de serviços de atendimento às urgências e emergências existentes e em funcionamento.

2ª Parte - Classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.

ANEXO

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão da Informação

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenções Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal;

Considerando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também recuperação conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança;

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto eixos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

Considerando que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;

Considerando o alto custo sócio-econômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil e a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre estas doenças e agravos;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que institui o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

fls. 35

Considerando o avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, mas também a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, conforme caminho apontado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das RAS no país; e

Considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I
DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado;
- XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e

Matéria PL 925/2012. O arquivo enviado ao ECD contém assinatura.

traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO II DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS UR GÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários.

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

CAPÍTULO III DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 13. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases:

I - Fase de Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal;

b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e

c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde; que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e

monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - Fase do Desenho Regional da Rede:

a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos; dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde;

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede de Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos para União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos;

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional;

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas;

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea "c" do inciso I do art. 13.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Art. 14. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem.

1ª - As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.

2ª - Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional, que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

3ª - Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local).

4ª - O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do parágrafo anterior será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE/DAE/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências.

5ª - Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

6ª - Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição:

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função;

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências;

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil;

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

7ª - Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima:

I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências;

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

III - representante do Conselho Municipal de Saúde;

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil Municipal;

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e

VIII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

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

Art. 16. Fica revogada a Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003, Seção 1, p. 56.

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

Assinado eletronicamente no Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012

Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINA, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Municípios e regiões do território nacional;

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativos às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no anexo da Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica das Urgências, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria nº 356/SAS/MS, de 22 de setembro de 2000;

Considerando a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica das Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Vida e que estabelece a regionalização como uma das diretrizes para a gestão dos sistemas de saúde;

Considerando a Portaria nº 2.971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, que institui o veículo motocicleta (motolância) como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

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

Considerando a Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011, que estabelece a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida;

Considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente;

Considerando o empenho do Ministério da Saúde em estimular a implantação de serviços de saúde responsáveis pelo atendimento móvel (SAMU 192) no País;

Considerando a premente necessidade de integrar e promover o sistema de captação de órgãos às necessidades de transplantes da população brasileira;

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Considerando a diversidade dos (SAMU 192) implantados até o momento, quanto à abrangência populacional e à extensão territorial;

Considerando a necessidade de extensão da cobertura do atendimento realizado pelo (SAMU 192) a toda a população brasileira, ampliando o acesso e a abrangência do serviço; e

Considerando a necessidade de qualificação da atenção à Urgência e Emergência nos pequenos Municípios, por meio de ganho de resolutividade para a Rede de Atenção à Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências.

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar, o mais precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte; mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências;

II - Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas, auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo eletivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção;

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante temporeposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s);

IV - incentivo: modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio;

V - investimento: modalidade de repasse do recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário;

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes eletivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência;

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio;

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos e qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio;

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil;

X - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

XI - Responsável Técnico: profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço;

XII - Responsável de Enfermagem: profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e

XIII - Médicos Reguladores: profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

Parágrafo único. Os indicadores do SAMU 192 são:

Matéria PL 522-2012. O arquivo em anexo contém as alterações propostas.

- 26
Folha
Proc. nº 01.325.12
Data de recebimento: 11/10/2012
- IV - número geral de ocorrências atendidas no período;
 - V - tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
 - VI - identificação dos motivos dos chamados;
 - VII - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
 - VIII - localização das ocorrências;
 - IX - idade e sexo dos pacientes atendidos;
 - X - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
 - XI - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
 - XII - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO DO COMPONENTE SAMU 192

Seção I

Da Central de Regulação das Urgências

Art. 3º A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por:

- I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR);
- II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e
- III - Radio-Operador (RO).

Art. 4º A partir da publicação desta Portaria, as Centrais de Regulação das Urgências já existentes ou as novas Centrais que venham a se configurar deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Seção II

Das Bases Descentralizadas

Art. 5º As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

Parágrafo único. As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

Seção III

Das Unidades Móveis

Art. 6º As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:

- I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos

de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Parágrafo único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de Unidade Móvel mais adequado às peculiaridades regionais.

CAPÍTULO III

DA REGIONALIZAÇÃO

Art. 7º O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela presente Portaria.

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária.

Art. 8º A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas:

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes;

II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e

III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências.

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, consequentemente, a adequada atenção aos pacientes.

Art. 9º Os Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências.

Art. 10. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisados pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto.

CAPÍTULO IV

DA CAPACITAÇÃO

Art. 11. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente.

Parágrafo único. A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências.

CAPÍTULO V

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS PARA IMPLANTAÇÃO, HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

Seção I

Dos Incentivos Financeiros de Investimento Art. 12. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para

27
Folha
Proc. nº 01-055112-1
Quarta Reclamação
14-2017

construção de novas Centrais de Regulação das Urgências do Componente SAMU 192 ou para ampliação daquelas já existentes, na seguinte proporção:

I - Municípios com até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes - R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

II - Municípios com 350.001 (trezentos e cinquenta mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes - R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);

III - Municípios com 1.500.001 (um milhão, quinhentos mil e um) a 4.000.000 (quatro milhões) habitantes - R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais); e

IV - Municípios com população a partir de 4.000.001 (quatro milhões e um) habitantes - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

Parágrafo único. O incentivo de que trata este artigo não poderá ser utilizado para construção ou ampliação de Centrais de Regulação das Urgências situadas em imóveis locados.

Art. 13. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências, observados os valores estabelecidos no anexo II desta Portaria.

Art. 14. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática, segundo valores fixados no Anexo III desta Portaria.

Art. 15. O repasse dos incentivos financeiros instituídos nesta Seção ficará condicionado ao envio do respectivo detalhamento técnico para a CGUE/DAE/SAS/MS.

Parágrafo único. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 será encaminhado por meio do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no site eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

Art. 16. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências deve ser aprovado pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como base as diretrizes estabelecidas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e na presente Portaria.

Art. 17. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 deve conter:

I - informações dos Municípios abrangidos pelo componente SAMU 192 e do Município da Central de Regulação das Urgências, com as seguintes exigências mínimas:

- CEP e o complemento do endereço da Central de Regulação das Urgências;
- informação dos Municípios que terão Bases Descentralizadas e as ambulâncias a serem distribuídas;

II - Resolução da CIB que aprova o detalhamento técnico do componente SAMU 192;

III - documento da Grade de Referência, com discriminação de todos os pontos de atenção da rede que deverão se articular com o componente SAMU 192, incluindo unidades de saúde de referência por especialidades, de maneira regionalizada;

IV - documento contendo georreferenciamento das principais Unidades de Saúde Fixa e Unidades Móveis do SAMU 192 da região, com a disposição das principais Unidades de Saúde, Central de Regulação das Urgências e Ambulâncias do SAMU 192 dentro de um mapa da malha viária da região, contendo a indicação das distâncias intermunicipais;

V - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que o componente SAMU 192 estará inserido dentro do Plano;

VI - ata de aprovação do SAMU 192 pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

VII - documento de adesão ao SAMU 192 dos Municípios integrantes;

VIII - Termo de Compromisso de aplicação de recursos financeiros e descrição da localidade de repasse de recursos financeiros;

IX - projeto arquitetônico;

X - cronograma físico e financeiro da obra;

XI - Memorial Descritivo da Obra;

XII - documento de Registro de Imóvel ou termo de cessão de uso para imóveis próprios ou contrato de locação para imóveis locados; e

XIII - documento solicitando o recurso para construção, ampliação ou reforma.

§ 1º O incentivo financeiro de investimento instituído no art. 12 somente será repassado quando apresentado o documento de Registro do Imóvel, não sendo aceitos, para esse fim, o termo de cessão de uso e o contrato de locação.

§ 2º O projeto arquitetônico das Centrais de Regulação das Urgências e das Bases Descentralizadas seguirá:

I - as normativas da ANVISA para estabelecimentos de saúde; e

II - o disposto na Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais de Regulação das Urgências.

Art. 18. Uma vez aprovado o detalhamento técnico pela SAS/MS, será editada Portaria específica de liberação dos recursos financeiros de incentivo para construção e/ou ampliação da Central de Regulação das Urgências, aquisição de materiais, mobiliário, equipamentos de tecnologia da rede de informática e demais equipamentos.

Parágrafo único. Caso o custo da obra da Central de Regulação e/ou a aquisição de mobiliário, materiais e equipamentos seja superior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença resultante deverá correr por conta dos gestores de saúde locais, conforme pactuado na CIB.

Art. 19. Após a conclusão da obra da Central de Regulação das Urgências, será encaminhada à CGUE/DAE/SAS/MS a documentação descrita a seguir:

I - documento de finalização da obra;

II - portaria de nomeação do Coordenador Geral, Médico, e de Enfermagem do SAMU;

III - documento comprovando funcionalidade do dígito 192 para recebimento de chamados (tronco 192) em toda área de cobertura e de que forma será o sistema de comunicação entre as unidades móveis e a Central de Regulação das Urgências;

IV - documento solicitando curso de Regulação Médica; e

V - documento solicitando a liberação das unidades móveis.

§ 1º A documentação descrita no caput será encaminhada por meio do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no site eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

§ 2º Caberá a equipe técnica da CGUE/DAE/SAS/MS avaliar a documentação encaminhada e emitir parecer técnico de aprovação da obra concluída e das demais condições de funcionamento do componente SAMU 192.

Art. 20. Ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos:

I - 9 (nove) meses para conclusão da obra aprovada, a contar da data da liberação dos recursos financeiros e incentivo para construção ou ampliação da Central de Regulação das Urgências; e

II - 90 (noventa) dias para que o componente SAMU 192 inicie efetivo funcionamento, a contar do recebimento das unidades móveis.

Parágrafo único. Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos no "caput", o gestor estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros e unidades móveis repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, resguardado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

Seção II

Dos Incentivos Financeiros de Custeio

Subseção I

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma

Art. 21. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma das Centrais de Regulação das Urgências existentes e que pretendam se regionalizar, na seguinte proporção:

I - Municípios com até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes - R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

II - Municípios com 350.001 (trezentos e cinquenta mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes - R\$ 50.000,00 (cento e cinquenta mil reais);

III - Municípios com 1.500.001 (um milhão, quinhentos mil e um) a 4.000.000 (quatro milhões) habitantes - R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais); e

IV - Municípios com população a partir de 4.000.001 (quatro milhões e um) habitantes - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

Art. 22. Os requisitos para recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 21 são os mesmos delinidos nos arts. 17 e 18 desta Portaria.

Subseção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Centrais de Regulação das Urgências

Art. 23. Fica instituído incentivo financeiro de custeio das Centrais de Regulação das Urgências, conforme disposto no anexo IV desta Portaria.

Parágrafo único. O incentivo financeiro instituído no "caput" será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas situadas na região da Amazônia Legal.

Art. 24. Em caso de aumento de cobertura populacional de uma Central de Regulação das Urgências, com consequente mudança no porte populacional, será repassado o recurso financeiro complementar, para adequação dos novos postos de trabalho.

§ 1º Os recursos financeiros complementares serão repassados após a habilitação e o início do funcionamento efetivo das novas equipes.

§ 2º A habilitação das novas equipes ficará sujeita ao encaminhamento à CGUE/DAE/SAS/MS da seguinte documentação:

I - Resolução da CIB que aprova a alteração do detalhamento técnico do componente SAMU 192 inicialmente aprovado;

II - documento do gestor informando e justificando a mudança do porte populacional; e

III - planta de área física de adequação da Central de Regulação das Urgências para os novos postos de trabalho.

Subseção III

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Unidades Móveis

Art. 25. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para manutenção das Unidades Móveis efetivamente implantadas, na seguinte proporção:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre:

a) Unidade habilitada - R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais) por mês;

b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 20.875,00 (vinte mil oitocentos e setenta e cinco reais) por mês;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:

a) Unidade habilitada - R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;

b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês;

III - Equipe de Aeromédico:

a) aeronave habilitada - R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês; e

b) aeronave habilitada e qualificada - R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês;

IV - Equipe de Embarcação:

a) Embarcação habilitada - R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais) por mês;

b) Embarcação habilitada e qualificada - R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) por mês;

V - Motolância:

a) Motolância habilitada - R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;

b) Motolância habilitada e qualificada - R\$ 7.000 (sete mil reais) por mês;

VI - VIR:

a) VIR habilitado - R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;

b) VIR habilitado e qualificado - R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês.

Parágrafo único. O incentivo financeiro instituído no "caput" será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das Unidades Móveis localizadas em Municípios situados na região da Amazônia Legal.

Subseção IV

Da Habilitação

Art. 26. As unidades do Componente SAMU 192 serão habilitadas mediante a demonstração de efetivo funcionamento.

Art. 27. A demonstração do efetivo funcionamento se dará pelo encaminhamento de documentação para a CGUE/DAE/SAS/MS, da seguinte forma:

I - para as Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas, o gestor de saúde interessado deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

a) documento do gestor solicitando o incentivo financeiro de custeio, devendo-se pormenorizar todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências e/ou a Base Descentralizada;

b) escala dos profissionais em exercício na Central de Regulação das Urgências, com caracterização de vínculo empregatício;

c) parecer do Coordenador-Geral do SAMU 192 Regional, informando a data de início de funcionamento/operacionalização do serviço;

d) termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual da Central de Regulação das Urgências;

e) declaração do Coordenador do SAMU 192 acerca da existência e funcionamento de sistema de comunicação entre Central de Regulação e equipes das Unidades Móveis;

f) declaração da empresa de telefonia de que o dígito 192 está em funcionamento em toda a área de abrangência da Central de Regulação das Urgências, conforme o estabelecido no art. 2º do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004;

g) declaração de capacitação dos profissionais da Central de Regulação das Urgências, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002;

II - para as Unidades Móveis, o gestor de saúde deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

a) cópia do Seguro contra Sinistro das Unidades de Suporte Básico (USB) e/ou Unidades de Suporte Avançado (USA), das Ambulâncias, das Motolâncias, das Aeronaves e dos Veículos de Intervenção Rápida, ou documento do gestor contendo termo de compromisso de existência do Seguro contra Sinistro;

b) escala dos profissionais em exercício nas Unidades Móveis SAMU 192, com caracterização de vínculo empregatício;

c) cópia do licenciamento automotivo e do pagamento do DPVAT referente às Unidades Móveis SAMU 192;

d) termo de compromisso do gestor acerca da garantia de manutenção das Unidades Móveis SAMU 192;

e) declaração de capacitação dos profissionais das unidades Móveis, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002;

f) termo de compromisso do gestor informando que a(s) aeronave(s) atende(m) a todas as regulamentações aeronáuticas vigentes;

g) comprovação do Curso de Capacitação de Motociclista Socorrista, emitido pela instituição prestadora com lista nominal dos participantes, e do Curso Obrigatório para Capacitação de Condutores de Veículos de Emergência, para as motolâncias;

h) termo de compromisso do gestor acerca da compra dos uniformes das equipes assistenciais, obedecendo ao padrão visual estabelecido pelo Ministério da Saúde, e da aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e equipamentos obrigatórios de segurança (capacete, colete, dentre outros) de acordo com o programa mínimo para implantação das motolâncias;

i) termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual das Bases Descentralizadas, das Unidades Móveis SAMU 192 e dos uniformes para as equipes, conforme normatização específica constante do manual de identidade visual que pode ser acessado no site eletrônico: www.saude.gov.br/samu;

j) parecer do Coordenador-Geral do SAMU 192 Regional informando a data de início de funcionamento/operacionalização das Unidades Móveis SAMU 192.

Parágrafo único. Aprovada a documentação listada nos incisos I e II do "caput", a SAS/MS publicará portaria específica de habilitação da Central de Regulação das Urgências, da Base Descentralizada e/ou das Unidades Móveis do Componente SAMU 192, para fins de torná-las aptas ao recebimento dos recursos de custeio relativos às unidades habilitadas.

Subseção V

Da Qualificação

Art. 28. A unidade do Componente SAMU 192, já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio de que trata esta Portaria, mediante a apresentação dos seguintes documentos à CGUE/DAE/SAS/MS:

I - documento do gestor de saúde solicitando custeio diferenciado para a Central de Regulação das Urgências, para as Bases Descentralizadas e/ou para a Unidade Móvel;

II - Plano de Ação Regional do componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências contemplando a organização de toda a Rede de Atenção às Urgências em cada um de seus componentes ou termo de compromisso do gestor de saúde de que em até 1 (um) ano apresentará o seu Plano de Ação Regional;

III - declaração do gestor de saúde acerca da existência e funcionamento de algum "software" de regulação de urgências e emergências que garanta confiabilidade e integridade da informação, possibilitando a transparência do processo e acesso direto às informações por parte dos gestores;

IV - grade de referência atualizada da Rede de Atenção às Urgências; e

V - relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao componente SAMU 192, com carga horária e conteúdo programático, como forma de garantia de qualificação do serviço, observadas as peculiaridades da assistência em cada região.

Parágrafo único. O repasse dos valores diferenciados relativos à qualificação ocorrerá a partir da data de aprovação da qualificação pela SAS/MS.

Art. 29. Caberá à SAS/MS decidir acerca da solicitação de qualificação, mediante avaliação técnica da documentação listada no art. 28.

Parágrafo único. Se necessário, a SAS/MS poderá realizar visita técnica, para fins de atestar:

I - a manutenção da padronização da estrutura física visual da Central de Regulação Médica e Bases Descentralizadas do SAMU 192;

II - a padronização visual dos uniformes das equipes; e

III - as condições de funcionamento do serviço e avaliação do cumprimento do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 30. A qualificação da Central de Regulação das Urgências, das Bases Descentralizadas e das Unidades Móveis do SAMU 192 será válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada em novo processo de avaliação pela CGUE/DAE/SAS/MS.

Art. 31. Para manutenção do incentivo financeiro de custeio diferenciado para unidades qualificadas, o gestor de saúde deverá encaminhar à CGUE/DAE/SAS/MS, a cada 6 (seis) meses, relatório descritivo analítico contendo:

I - indicação de todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências;

II - compromisso do gestor de saúde de eletiva realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e Unidades Móveis;

III - comprovação de vigência do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis;

IV - escala de serviço atual dos profissionais da Central de Regulação das Urgências e das equipes das Unidades Móveis reguladas; e

V - análise dos indicadores relativos ao período de 6 (seis) meses.

Art. 32. A qualificação poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumpridos os requisitos obrigatórios estabelecidos nos arts. 28, 29 e 31.

CAPÍTULO VI

DAS CONDICIONANTES E DA SUSPENSÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

Art. 33. A Central de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis do Componente SAMU 192 incluirão mensalmente a produção realizada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011.

Parágrafo único. Os incentivos de custeio definidos na Seção II do Capítulo V ficarão vinculados aos registros mensais de produção no SIA/SUS, conforme o determinado neste art.

Art. 34. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo de custeio destinado às Unidades Móveis do Componente SAMU 192 e/ou à respectiva Central de Regulação das Urgências nas seguintes hipóteses:

I - descumprimento dos requisitos de habilitação definidos na Subseção IV do Capítulo V desta Portaria;

II - descumprimento dos requisitos de qualificação definidos na Subseção V do Capítulo V desta Portaria;

III - quantitativo de atendimento informado para cada Unidade Móvel do SAMU 192 ou para a Central de Regulação das Urgências inferior à meta estabelecida em Portaria específica da SAS/MS, conforme Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011, salvo em caso de justificativa apresentada pelo gestor e aceita pelo Ministério da Saúde;

IV - ausência de registro da produção no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos, conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011; e

V - constatação de irregularidades por órgãos de controle interno e/ou externo.

§ 1º O descumprimento dos requisitos de habilitação ou a constatação de irregularidades constatadas pelos órgãos de controle interno e/ou externo ensejará a suspensão ou o cancelamento do repasse de recursos destinados às unidades habilitadas, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde.

§ 2º O descumprimento dos requisitos de qualificação ensejará a suspensão ou o cancelamento do repasse de recursos destinados às unidades qualificadas, ficando o valor do repasse vinculado ao processo de habilitação, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde.

§ 3º Em todos os casos previstos neste artigo, o repasse do incentivo financeiro de custeio será retomado assim que regularizada a situação, de acordo com os requisitos estabelecidos nesta Portaria, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os custos do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências devem estar previstos no Plano de Ação Regional e o registro da produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) é obrigatório, mesmo não se convertendo em pagamento.

Art. 36. Desde que pactuado no Plano de Ação Regional, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal cadastrados no SUS e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA/SUS, para efeitos de registro e laturamento de suas ações.

Folha 29
Proc. nº 000129-9
11/09/2015

Matéria em arquivo em 30/09/2015

Art. 37. Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Portaria deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências.

Parágrafo único. Os recursos financeiros a serem transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Portaria não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da iniciativa privada.

Art. 38. Os recursos financeiros de investimento serão repassados às Secretarias de Saúde municipais ou estaduais qualificadas que se responsabilizarem pela gestão da Central de Regulação das Urgências.

Parágrafo único. O repasse dos recursos dar-se-á de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais, Distrital ou Estaduais de Saúde.

Art. 39. A liberação dos recursos de que trata esta Portaria ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 40. As despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na seguinte proporção:

- I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa;
- II - Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e
- III - Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa.

Parágrafo único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do Componente SAMU 192 é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

§ 1º Os valores referentes à parcela da União são aqueles definidos no âmbito desta Portaria.

§ 2º Os valores do repasse financeiro para o custeio da Central de Regulação das Urgências (habilitadas e qualificadas) são considerados de referência e foram calculados com base em pesquisa amostral de custos de centrais de regulação das urgências existentes no território nacional no primeiro semestre do ano de 2011.

Art. 41. Os recursos orçamentários correspondentes à contrapartida da União, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, no Programa de Trabalho 0.302.2015.8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

Art. 42. A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS.

Parágrafo único. As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do site www.saude.gov.br/samu.

Art. 43. Compete à CGUE/DAE/SAS/MS adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas nesta Portaria.

Art. 44. As regras e fluxos para os processos de recursos referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação deste componente serão aquelas vigentes no âmbito do Ministério da Saúde.

Art. 45. Para os efeitos do disposto nesta Portaria, ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservados aos Estados e Municípios.

Art. 46. Fica determinada a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011.

§ 1º As Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências.

§ 2º A SAS/MS editará ato específico contendo orientações para o cumprimento do disposto no "caput" e no § 1º.

§ 3º Os estabelecimentos de saúde descritos no § 1º deste artigo deverão adequar o cadastramento no SCNES, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a publicação do ato referido no § 2º.

§ 4º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGS/DRAC/SAS/MS) efetivar os procedimentos necessários junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS), para o cumprimento do disposto neste art.

Art. 47. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 48. Ficam revogadas a Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, de 25 de agosto de 2011, Seção 1, página 87; a Portaria nº 2.301/GM/MS, de 29 de setembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 30 de setembro de 2011, Seção 1, página 129; e a Portaria nº 2.649/GM/MS, de 7 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 8 novembro de 2011, Seção 1, página 49.

MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL
ANEXOS

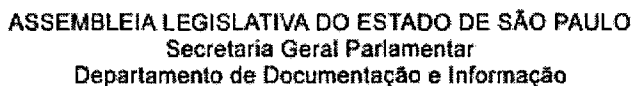
Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

172 Legislatura Is. 50



 Versão para Impressão

Doc. e Informação



 [Texto da Norma](#) [Diário Oficial](#)

1/3



Folha 32 fls. 52
Proc. nº 01.052.912
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.287

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Geral Parlamentar
Departamento de Documentação e Informação

DECRETO Nº 58.931, DE 4 DE MARÇO DE 2013

Define as atribuições do Sistema de Resgate a Acidentados no Estado de São Paulo, especificando as emergências que lhe são próprias e dá providências correlatas

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e considerando que o Sistema de Resgate a Acidentados, consolidado pelo Decreto nº 38.432, de 10 de março de 1994, planejado e administrado de forma integrada pela Secretaria da Saúde, por intermédio do Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências - GRAU, e pela Secretaria da Segurança Pública, por intermédio do Corpo de Bombeiros e do Grupamento de Rádio Patrulha Aérea, da Polícia Militar do Estado de São Paulo, instituído e em operação desde 22 de maio de 1989, vem proporcionando um melhor atendimento às emergências médicas traumáticas, colaborando para a redução do índice de mortalidade das vítimas de acidentes, bem como minimizando as sequelas das lesões sofridas e reduzindo os períodos de permanência hospitalar,

Decreta:

Artigo 1º - Consideram-se emergências próprias de atendimento pelas equipes do Sistema de Resgate a Acidentados:

- I - acidentes de trânsito com vítimas;
- II - acidentes traumáticos pessoais e do trabalho;
- III - acidentes com lesões corporais traumáticas;
- IV - afogamentos;
- V - tentativa de homicídio, lesão grave e tentativa de suicídio;
- VI - acidentes envolvendo choque elétrico ou queimaduras.

Artigo 2º - Consideram-se emergências não próprias do Sistema de Resgate a Acidentados:

- I - casos clínicos em geral;
- II - partos de emergência;
- III - intoxicações;
- IV - casos psiquiátricos.

Parágrafo único - As emergências de que trata este artigo são de responsabilidade do serviço municipal e/ou regional móvel de atendimento às emergências médicas.

Artigo 3º - Excepcionalmente, emergências previstas no artigo 2º deste decreto, com peculiaridades especiais, poderão ser atendidas pelo Sistema de Resgate a Acidentados, a critério do Oficial de Operações do Centro de Operações de Bombeiros e do Médico Regulador do Sistema de Resgate a Acidentados.

Artigo 4º - A transferência de pacientes entre hospitais não constitui atividade própria do Sistema de Resgate a Acidentados, devendo ser realizada pelos serviços de emergências médicas responsáveis por esta atividade.

Artigo 5º - Não será permitido o emprego de viaturas, aeronaves e equipamentos do Sistema de Resgate a Acidentados em eventos esportivos, artísticos e similares, exceto quando

magnitude e repercussão pública do evento justificarem seu emprego, mediante avaliação dos responsáveis pela operação do Sistema.

Artigo 6º - Nos casos de desastres envolvendo múltiplas vítimas, o atendimento poderá ser realizado de forma integrada pelo Sistema de Resgate a Acidentados e serviços municipais e/ou privados de emergências médicas, ficando as operações de salvamento nas zonas de risco sob a incumbência do Corpo de Bombeiros, que estabelecerá o Sistema de Comando de Operações em Emergência - SICOE para a coordenação das informações, recursos e adoção de decisões estratégicas.

Artigo 7º - Cabe aos municípios a implantação de serviço móvel de atendimento às emergências médicas, com estrutura proporcional às necessidades locais, conforme as diretrizes de municipalização da saúde, definidas na Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Artigo 8º - Nas localidades em que não exista serviço municipal e/ou regional móvel de atendimento às emergências médicas, poderá a equipe do Sistema de Resgate a Acidentados mais próxima efetuar o atendimento das emergências de que trata o artigo 2º deste decreto, mediante autorização do seu Oficial de Operações ou do seu Médico Regulador, sem prejuízo do atendimento das emergências próprias do Sistema.

Artigo 9º - Nos municípios em que exista o serviço municipal e/ou regional móvel de atendimento às emergências médicas e não exista equipe do Sistema de Resgate a Acidentados instalada, poderá o serviço municipal atender às emergências de que trata o artigo 1º deste decreto, respeitadas suas limitações técnicas, devendo, caso necessário, ser solicitado o apoio da equipe do Sistema mais próxima.

Artigo 10 - Nos casos de atendimentos realizados por serviço de emergência particular, em rodovias concedidas, o médico regulador desse serviço deverá obedecer à grade de hospitais de referência estabelecida pela Secretaria da Saúde e regular, com os Complexos Reguladores das Redes Regionais de Atenção à Saúde, o encaminhamento das vítimas atendidas.

Artigo 11 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 4 de março de 2013

GERALDO ALCKMIN

Giovanni Guido Cerni

Secretário da Saúde

Fernando Grella Vieira

Secretário da Segurança Pública

Edson Aparecido dos Santos

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 4 de março de 2013.



Folha 35
Proc. nº 01.082.1/2
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.20

fls. 57

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Geral Parlamentar
Departamento de Documentação e Informação

LEI Nº 14.471, DE 22 DE JUNHO DE 2011

(Projeto de lei nº 1414/07, do Deputado Fernando Capez - PSDB)

Proíbe a exigência de caução de qualquer natureza para internação de doentes em hospitais ou clínicas da rede privada no Estado, nas hipóteses que especifica

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Fica proibida a exigência de caução de qualquer natureza para internação de doentes em hospitais ou clínicas da rede privada no Estado, nas hipóteses de emergência ou urgência.

Artigo 2º - Na hipótese de descumprimento do disposto no artigo 1º, o estabelecimento ficará obrigado a:

I - devolver o valor depositado, em dobro, ao depositante;

II - multa de 1.000 (mil) a 10.000 (dez mil) Unidades Fiscais do Estado de São Paulo - UFESPs, graduada de acordo com a gravidade da infração, a vantagem auferida e a condição econômica do infrator, e aplicada mediante procedimento administrativo, sendo revertida para o Fundo Estadual de Reparação de Interesses Difusos Lesados.

Artigo 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 22 de junho de 2011

GERALDO ALCKMIN

Giovanni Guido Cerri

Secretário da Saúde

Eloisa de Sousa Arruda

Secretária da Justiça e da Defesa da Cidadania

Sidney Estanislau Beraldo

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 22 de junho de 2011.

Base de dados : **legis**Pesquisa : **14413**Total de referências : **1**Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207**1/1**Título: LEI Nº 14.413 31/05/2007 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 920/1997 (ver documento)

Autor(es): Carlos Neder

Alterações: Lei 15.281/2010 - Altera o inciso II do art. 2º desta Lei. (ver documento)[[Back](#)]

Folha 37
Proc. nº 005112

Isa Duarte Rodrigues

LEI Nº 14.413, DE 31 DE MAIO DE 2007

(Projeto de Lei nº 920/97, do Vereador Carlos Neder - PT)

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 8 de maio de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º A prestação dos serviços de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, será universal e igualitária, nos termos do art. 213 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Município:

- I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III - não ser identificado ou tratado por:

- a) números;
- b) códigos;
- c) ou de modo:
 - 1. genérico;
 - 2. desrespeitoso;
 - 3. preconceituoso;

IV - poder identificar as pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, por sua assistência através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

- a) nome completo;
- b) função;
- c) cargo;
- d) nome da instituição;

V - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos realizados;
- c) exames solicitados;
- d) ações terapêuticas;
- e) riscos e benefícios dos tratamentos propostos;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos:
 - 1. necessidade ou não de anestesia;
 - 2. tipo de anestesia a ser aplicada;
 - 3. instrumental a ser utilizado;
 - 4. partes do corpo afetadas;
 - 5. efeitos colaterais, riscos e consequências indesejáveis;
 - 6. duração esperada do procedimento;
- h) exames e condutas a que será submetido;
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;
- j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento em outros serviços;
- l) outras questões que julgar necessárias;

VI - recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VIII - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

IX - receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:

- a) efeitos colaterais;
- b) contra-indicações;
- c) data de fabricação;
- d) prazo de validade;
- e) nome genérico do princípio ativo;
- f) posologias usuais;
- X - receber as receitas:

- a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) datilografadas ou em caligrafia legível;
- c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- e) com assinatura do profissional;

XI - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

- a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas;
- b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam:
 - 1. identificar a sua origem;
 - 2. sorologias efetuadas;
 - 3. prazo de validade;

XIII - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;
- b) a privacidade;
- c) a individualidade;
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

XIV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XV - ter a presença do pai do nascituro nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVI - ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a realização dos exames laboratoriais obrigatórios no recém-nascido;

XVII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

XVIII - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XIX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XX - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXI - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

XXIII - optar pelo local da morte.

§ 1º A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 3º É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades, públicas ou privadas,

conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:

Folha

Proc. nº 208.812

Isis Duarte Rodrigues

I - realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;

II - prestar serviços ou ações de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade, entre usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros, contratos ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados;

III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.

Parágrafo único. O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento, médico ou não, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único. O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades, públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, na suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.

Parágrafo único. Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 31 de maio de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 31 de maio de 2007.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

[Serviços](#) | [A Cidade](#) | [Compras](#) | [Notícias](#) | [Governo](#)

CGE INFORMA: Chuviscos em pontos isolados da Capital.

Busca no portal

17°C 30km 3 e 4

Folha 39
Proc. nº 01-082512Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207**Pesquisa de Legislação Municipal**
Alterações**PORTARIA Nº: 770 Ano: 2009****Secretaria: SMS**P 2096/11(SMS/COMURGE)-NORMAS PARA ELABORACAO PLANOS DE ATENCAO EM EVENTOS TEMPORARIOS-COMURGEINSTI
TUIDA PELA PORTARIA

P 826/13(SMS)-ALTERA A PORTARIA

Voltar

Prefeitura da Cidade de São Paulo | Expediente | Portal e Inclusão Digital | São Paulo, 16 de Julho de 2013 | Contato | Mapa do site |

Serviços | A Cidade | Compras | Notícias | **Governo**

CGE INFORMA: Chuviscos em pontos isolados da Capital.

Busca no portal

17°C 30km 3 e 4

Folha
Proc. nº 21.828/12Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Pesquisa de Legislação Municipal

Nº 770 Ano: 2009 Secretaria: SMS

Voltar

Imprimir

PORTARIA 770/09 - SMS

Dispõe sobre a instituição da Coordenadoria do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências da SMS.

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e

Considerando a Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria 1863/GM, de 29/03/2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria 245/SMS.G, de 27 de março de 2007, que normatiza o fluxo da atenção às urgências e emergências no âmbito do município de São Paulo; e

Considerando, ainda, a necessidade de garantir a articulação permanente entre as diversas instâncias do sistema municipal de atenção integral às urgências responsáveis pela oferta da atenção integral e equânime as urgências, em todos os níveis assistenciais;

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir a Coordenadoria do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito da SMS, diretamente subordinada ao Titular da Pasta.

Art. 2º - A Coordenadoria Municipal de Atenção às Urgências terá como coordenador o servidor Domingos Costa Hernandez Júnior, RF 554.169.7/2.

Art. 3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Voltar

Imprimir

Prefeitura da Cidade de São Paulo | Expediente | Portal e Inclusão Digital | São Paulo, 16 de Julho de 2013 | Contato | Mapa do site |

[Serviços](#) | [A Cidade](#) | [Compras](#) | [Notícias](#) | [Governo](#)

CGE INFORMA: Chuviscos em pontos isolados da Capital.

[Busca no portal](#)

17°C 30km 3 e 4

Folha
Proc. nº 01.0525/12Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207**Pesquisa de Legislação Municipal**Tipo: **PORTARIA**Número: **1371** Ano: **2009** Secretaria:**Enviar****Limpar**

Foi encontrada 1 ocorrência

1. PORTARIA Nº: 1371 Ano: 2009 Secretaria: SMSPublicação
25/9/2009, Folha 20**Ementa:**CONSTITUI O COMITE GESTOR MUNICIPAL DO SISTEMA DE ATENCAO AS URGENCIAS E EMERGENCIAS EM SAO PAULO.
REVOGA P 178/06 E 409/09(SMS)[Ver texto integral](#)**Voltar**[Prefeitura da Cidade de São Paulo](#) | [Expediente](#) | [Portal e Inclusão Digital](#) | [São Paulo, 16 de Julho de 2013](#) | [Contato](#) | [Mapa do site](#)

Pesquisa de Legislação Municipal

Nº 1371 Ano: 2009 Secretaria: SMS

Voltar

Imprimir

PORTARIA 1371/09 - SMS

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei e considerando:

A Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

A Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências;

A Portaria 1864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: SAMU-192 em todo o território nacional;

A Portaria 245/2007-SMS.G, de 27 de março de 2007, que normatiza o fluxo da atenção às urgências e emergências no âmbito do município de São Paulo;

A Portaria 770/2009-SMS.G de 25 de abril de 2009 que institui a Coordenadoria Municipal de Atenção às Urgências e Emergências;

E a responsabilidade desta Secretaria em articular as ações no âmbito do município de São Paulo para implantação e implementação da rede de atenção às urgências e emergências;

Resolve:

Artigo 1º. Fica constituído, no âmbito desta Secretaria, o Comitê Gestor Municipal do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências, tendo por finalidade atuar como espaço de formulação, pactuação, avaliação e controle destas ações no município de São Paulo, em consonância com a Política Nacional e Estadual e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Artigo 2º São objetivos do Comitê Gestor:

I- servir de instância participativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo dedicada aos debates, elaboração de proposições e pactos norteadores da política pública de organização e operação do Sistema de Atenção Integral às Urgências e Emergências, funcionando como órgão consultivo do gestor de saúde;

II- cumprir e fazer cumprir o Termo de Adesão à Rede de Atenção Integral às Urgências e Emergências expresso através da grade de referência e contra referência dos serviços de saúde em todos os níveis de hierarquia do SUS com fluxos pactuados e sob regulação médica;

III- cumprir e fazer cumprir as normas do Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem,

Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal da Saúde, ou de outras instâncias normativas da área de urgências e emergências;

IV- avaliar e deliberar sobre o Plano de Atenção a catástrofes, desastres e acidentes com múltiplas vítimas;

V- potencializar os programas de capacitação e formação de recursos humanos para esta área, através do Núcleo de Educação em Urgências e Emergências/CEFOP;

VI- fomentar e apoiar a implantação e operacionalização de Fóruns de Integração Regional com representação

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
das Coordenadorias Regionais de Saúde, da Autarquia Hospitalar Municipal - AHM- e da Coordenadoria da Gerência Hospitalar- COGERH

fls: 67

VII- propor a aplicação e monitorar os instrumentos para avaliação das condições de atendimento às urgências e emergências nas instituições conveniadas pelo Município e prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS;

VIII- propor a aplicação e monitorar os instrumentos para avaliação das condições de atendimento às urgências e emergências dos serviços públicos de saúde municipais em todos os níveis de assistência;

IX- discutir a elaboração de normas e protocolos de atendimento do componente pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar da atenção integral às urgências e emergências, bem como das estratégias de promoção da saúde.

X- analisar e deliberar sobre o Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, definido pela Coordenadoria do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências;

§1º. Caberá ao SAMU-192 propor a estratégia operacional da Atenção Pré-Hospitalar Móvel, avalizada pela Coordenadoria da Gerência Hospitalar- COGERH, atendendo o disposto no Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, referido no inciso X.

§2º A Coordenadoria Municipal de Atenção às Urgências e Emergências definirá o plano final a que se refere o inciso X, articulado com as áreas da Secretaria Municipal de Saúde e Autarquia Hospitalar Municipal.

Artigo 3º. O Comitê Gestor de que trata o art. 1º desta portaria será composto pelos seguintes membros:

I- o Coordenador da Coordenadoria Municipal de Atenção às Urgências e Emergências;

II- um representante do Complexo Regulador Municipal;

III- um representante da Autarquia Hospitalar Municipal;

IV- um representante da Coordenação de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS;

V- um representante da Coordenação de Atenção Básica da SMS;

VI- um representante da Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar da SMS;

VII- um representante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU 192;

VIII- um representante da Coordenação de Vigilância em Saúde da SMS;

IX- um representante da Defesa Civil Municipal;

X- um representante da Polícia Militar do Estado de São Paulo/ Corpo de Bombeiros;

XI- um representante da Companhia de Engenharia de Tráfego - CET, do Município de São Paulo;

XII- um representante da Secretaria Estadual de Saúde;

XIII- um representante do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, integrante da Grade de Referência e Contra Referência para as Urgências do município de São Paulo;

XIV- um representante do Hospital São Paulo, da UNIFESP, integrante da Grade de Referência e Contra Referência para as Urgências do município de São Paulo;

XV- um representante da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, integrante da Grade de Referência e Contra Referência para as Urgências do município de São Paulo;

XVI- um representante da Casa de Saúde Santa Marcelina, integrante da Grade de Referência e Contra Referência para as Urgências do município de São Paulo;

XVII- um representante do CRH.G da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º O Coordenador Municipal de Atenção às Urgências e Emergências integrará o Comitê Gestor Municipal do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências na condição de coordenador, com direito a voz e apenas a voto de qualidade, que será exercido em caso de empate.

§ 2º Haverá para cada membro do Comitê Gestor Municipal do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências, um suplente pertencente ao mesmo órgão ou entidade, os quais terão poder deliberativo e voto de qualidade, com direito a voz e a voto.

§ 3º A indicação dos suplentes poderá ocorrer no ato da 1ª reunião do Comitê Gestor, desde que referendado pelo órgão ou instituição participante.

§ 4º O Comitê contará com uma Secretaria Executiva que deverá promover o necessário apoio técnico-administrativo à implementação das ações e decisões do Comitê Gestor.

§ 5º O Comitê Gestor poderá definir, para exercício de suas atividades, Grupos Técnicos de Trabalho, tais como Grupo Técnico de Trauma, Grupo Técnico de Educação Continuada em Urgências, Grupo Técnico de Atendimento às Catástrofes e outros que forem necessários.

§ 6º O Comitê Gestor, no prazo de 60 dias após sua instalação, elaborará o seu Regimento Interno, de conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências com as diretrizes aqui traçadas.

Artigo 4º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial as Portarias 178/2006-SMS.G de 28/03/2006 e a Portaria 409/2009-SMS.G de 27/03/2009.

[Voltar](#)

[Imprimir](#)

Folha 4
Proc. nº 01.058.12
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

PUBLICADO DOC 04/04/2012, PÁG 128

PROJETO DE LEI 01-00127/2012 do Vereador José Ferreira dos Santos - Zelão (PT)

"Dispõe sobre o encaminhamento facultativo de acidentados ou pessoas atendidas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) a estabelecimentos de saúde privados, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º Nos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU os pacientes que possuam plano de saúde poderão ser encaminhados ao estabelecimento de saúde privado mais próximo mediante solicitação do próprio atendido, quando em condições, ou de seu acompanhante responsável.

Parágrafo único. A solicitação será analisada pelo Médico Regulador responsável, preservada sua prerrogativa de avaliação, que decidirá para qual estabelecimento poderá ser encaminhado o atendido.

Art. 2º O Médico Regulador avaliará o melhor procedimento para o paciente e a possibilidade de remoção para estabelecimento privado, considerando a distância, a demora que a alternativa puder implicar e o eventual agravamento de risco.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no que couber, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no ato da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, às Comissões competentes."

Nome	Nº	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
Presidente							
1º Vice							
2º Vice							
3º Vice							
4º Vice							
5º Vice							
6º Vice							
7º Vice							
8º Vice							
9º Vice							
10º Vice							
11º Vice							
12º Vice							
13º Vice							
14º Vice							
15º Vice							
16º Vice							
17º Vice							
18º Vice							
19º Vice							
20º Vice							
21º Vice							
22º Vice							
23º Vice							
24º Vice							
25º Vice							
26º Vice							
27º Vice							
28º Vice							
29º Vice							
30º Vice							
31º Vice							
32º Vice							
33º Vice							
34º Vice							
35º Vice							
36º Vice							
37º Vice							
38º Vice							
39º Vice							
40º Vice							
41º Vice							
42º Vice							
43º Vice							
44º Vice							
45º Vice							
46º Vice							
47º Vice							
48º Vice							
49º Vice							
50º Vice							
51º Vice							
52º Vice							
53º Vice							
54º Vice							
55º Vice							
56º Vice							
57º Vice							
58º Vice							
59º Vice							
60º Vice							
61º Vice							
62º Vice							
63º Vice							
64º Vice							
65º Vice							
66º Vice							
67º Vice							
68º Vice							
69º Vice							
70º Vice							
71º Vice							
72º Vice							
73º Vice							
74º Vice							
75º Vice							
76º Vice							
77º Vice							
78º Vice							
79º Vice							
80º Vice							
81º Vice							
82º Vice							
83º Vice							
84º Vice							
85º Vice							
86º Vice							
87º Vice							
88º Vice							
89º Vice							
90º Vice							
91º Vice							
92º Vice							
93º Vice							
94º Vice							
95º Vice							
96º Vice							
97º Vice							
98º Vice							
99º Vice							
100º Vice							

PUBLICADO DOC 02/08/2013, PÁG 102

PROJETO DE LEI 01-00463/2013 dos Vereadores Paulo Frange (PTB) e Jair Tatto (PT)

"Dispõe sobre a criação de estrutura administrativa para o SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) do Município de São Paulo, com a criação de entidade autárquica de regime especial, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º As ações e os serviços públicos do SAMU serão prestados, no âmbito do Município de São Paulo, em consonância com os princípios e as normas do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos pela Constituição Federal, Constituição Estadual, Lei Orgânica do Município de São Paulo, Leis Federais n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Lei Complementar Estadual nº 791, de 9 de março de 1995, ou normas que vierem a substituí-las.

Art. 2º Fica instituída a Autarquia Municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, sob regime especial no âmbito do Município de São Paulo, vinculada ao Executivo Municipal, com o objetivo de promover e executar as ações e serviços públicos de saúde no atendimento de urgência e emergência de atenção pré-hospitalar.

Parágrafo único. Cabe ao Executivo a alocação de espaços em logradouros ou bens públicos de qualquer espécie, assim como de recursos humanos para a consecução das finalidades do SAMU, assim como para as compatibilizações necessárias com a organização e gestão político-administrativa do Município.

Art. 3º A Autarquia instituída por esta lei será dotada de personalidade jurídica de direito público, sob regime especial, caracterizado por autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

§ 1º A Autarquia terá sede e foro na cidade de São Paulo.

§ 2º O Regulamento da Autarquia será elaborado pelo Poder Executivo, respeitadas as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 4º A Autarquia ora criada terá as seguintes atribuições, além das finalidades referidas no artigo 2º desta lei:

I - promover o desenvolvimento tecnológico e de atividades de ensino e pesquisa, incluindo a especialização técnica de profissionais da saúde;

II - estabelecer parcerias, convênios, acordos e ajustes com instituições públicas e privadas, preferencialmente aquelas sem fins lucrativos, obedecidas as normas de direito público, visando ao desenvolvimento de suas atribuições ou à complementação de ações e serviços de saúde de sua competência;

III - executar as ações e serviços de saúde definidos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, realizando as atividades nele previstas em seu âmbito territorial, obedecidos os princípios e normas que lhe são aplicáveis.

§ 1º As atribuições da autarquia observarão os princípios e normas definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º Fica vedada a venda de produtos e de serviços a pessoas físicas ou jurídicas, mediante remuneração, por parte da Autarquia.

Art. 5º A autonomia administrativa, financeira e patrimonial da Autarquia, bem como as prerrogativas e os direitos inerentes à sua personalidade jurídica de ente público descentralizado, serão exercidos, especialmente, pela capacidade de:

I - gestão administrativa:

a) organizar o quadro de pessoal necessário ao pleno desempenho das atribuições da Autarquia, de acordo com seus recursos orçamentários e a qualificação profissional, de forma a garantir a qualidade das ações e serviços;

b) normatizar o gerenciamento de pessoal, estabelecendo os casos de admissão e contratação temporária em casos de emergência, observada a legislação municipal vigente;

c) instituir políticas permanentes de formação e desenvolvimento de seus quadros;

d) aplicar as normas disciplinares, mediante o devido processo administrativo, nas infrações cometidas por seus servidores, nos termos da legislação municipal pertinente e da CLT, no que couber;

e) instituir mecanismos de controle de qualidade das ações e serviços prestados à população, regulando a relação médico-assistencial, os medicamentos, materiais, veículos e produtos que afetem a saúde;

f) estabelecer a política de organização interna de serviços e sua modernização;

II - gestão financeira e patrimonial:

a) elaborar participativamente a proposta orçamentária, discriminando receitas e despesas com base na estimativa da produção de serviços de seu Plano Anual de Trabalho;

b) administrar os recursos financeiros, os bens móveis e imóveis que estejam sob sua responsabilidade por força de lei, convênio ou consórcio;

c) controlar a execução orçamentária e a aplicação das dotações, bem como estabelecer normas internas de execução e controle do orçamento e remanejamento de verbas, sem prejuízo dos demais controles exercidos pelo Poder Executivo.

d) estabelecer sua própria política de materiais e equipamentos, em especial de informática, submetendo os projetos à prévia aprovação do executivo.

Art. 6º O patrimônio inicial da Autarquia será composto pelos bens imóveis municipais em que se situam as unidades que as integram e ocupam exclusivamente, pelas benfeitorias existentes nos respectivos imóveis municipais e pelos bens móveis que guarnecem tais benfeitorias, já determinados ou que os que venham a ser designados pelo Poder Executivo.

Parágrafo único. Os bens patrimoniais somente serão alienados em conformidade com o disposto no artigo 112 da Lei Orgânica do Município.

Art. 7º A receita das instituições autárquicas será constituída por:

I - dotação anual da Prefeitura Municipal, consignada em seu orçamento;

II - recursos provenientes da prestação de serviços à União, Estado e Municípios, remunerados de acordo com a avaliação da produtividade e do desempenho global previstos nos planos da Autarquia ou em convênios firmados entre ela e a União, Estado e Municípios;

III - aplicações financeiras;

IV - auxílios e subvenções da União, Estado e Municípios;

V - recursos provenientes de acordos de cooperação e convênios voltados ao desenvolvimento de atividades próprias da Autarquia, desde que não impliquem na percepção de honorários profissionais particulares nem em compromissos ou contrapartidas em desacordo com os critérios de universalidade e equidade;

VI - recursos provenientes de operações de crédito, incluídas aquelas efetuadas a título de fundo perdido;

VII - doações e legados;

VIII - rendas patrimoniais, eventualmente auferidas;

IX - recursos provenientes de ressarcimento ao SUS por parte de pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de saúde, seguros saúde ou outra modalidade assistencial de medicina em grupo, em razão de atendimento prestado pelo SUS aos seus associados, nos termos da Lei Federal 9.656 de 03 de junho de 1998 e Lei Estadual 9.058 de 29 de dezembro de 1994.

§ 1º - A subvenção do Município à Autarquia fica condicionada à aprovação, pelo executivo, dos respectivos Planos Anuais de trabalho.

§ 2º - As doações, legados e subvenções, quando onerosas, somente poderão ser aceitas mediante autorização do Prefeito ou a quem delegar, precedida de parecer do Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia e do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 8º A Autarquia será constituída por:

I - Conselho Deliberativo e Fiscalizador - órgão de deliberação máxima, controle e fiscalização;

II - Superintendência - órgão de direção e administração superior.

Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Folha
Proc. nº 01.003.712

Materia PL 525/2012. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

Parágrafo único. Norma regulamentadora estabelecerá a estrutura organizacional da Superintendência.

Art. 9º O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá composição tripartite e será constituído por 09 membros e respectivos suplentes, nomeados pelo Prefeito ou por quem ele indicar, de acordo com a seguinte distribuição:

I - 3 (três) representantes do Poder Executivo Municipal, indicados pelo Prefeito ou por quem ele designar, sendo que um, deve pertencer aos quadros da Secretaria Municipal da Saúde e outro dos quadros da Defesa Civil do Município.

II - 3 (três) representantes dos servidores, eleitos por seus pares, no âmbito da Autarquia;

III - 3 (três) representantes dos usuários dos serviços de saúde da Autarquia, indicados pelo segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º Os membros do Conselho exercerão o mandato por 2 (dois) anos, permitida 1 (uma) recondução, vedada a sua remuneração, assim como o exercício simultâneo de cargo em Conselho Deliberativo ou Fiscalizador em outra Autarquia, ainda que na condição de suplente.

§ 2º O Poder Executivo regulamentará o funcionamento do Conselho e a forma de indicação dos representantes.

Art. 10 O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá as seguintes atribuições:

I - traçar diretrizes para as atividades da autarquia;

II - orientar, de comum acordo com o Superintendente, o exercício da gestão administrativa, financeira e patrimonial referidas no artigo 5º;

III - elaborar e aprovar seu Regimento Interno, observado o disposto no § 10 do artigo 9º desta lei, dentro de 30 (trinta) dias a partir de sua constituição;

IV - apreciar e aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da autarquia, submetendo-a a aprovação do Prefeito ou a quem este designar;

V - fiscalizar a execução orçamentária, apreciar e aprovar, nos prazos fixados no Regulamento, a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal da Saúde;

VI - aprovar convênios, ajustes ou acordos com entidades públicas e privadas, submetendo os à aprovação do executivo;

VII - mediante proposta do Superintendente:

a) aprovar, no âmbito da autarquia, no prazo fixado no regulamento, e encaminhar ao Secretário Municipal da Saúde para aprovação final, e ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação, o Plano Anual de Trabalho da Autarquia, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos;

b) deliberar sobre incentivos funcionais, com base em critérios de especificidade e complexidade de atribuições, produtividade, qualidade das ações em equipe, local de exercício, carga horária, riscos inerentes à profissão e outros fatores determinados em lei;

c) aprovar programas de desenvolvimento e formação permanente do pessoal técnico, administrativo e de direção da Autarquia;

d) deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis;

e) aprovar o quadro de pessoal e a estrutura organizacional;

VIII - constituir-se em instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pelo Superintendente;

IX - avaliar o desempenho do Superintendente e propor, se for o caso, sua exoneração, nas hipóteses de desempenho insatisfatório do cargo, respeitado o direito de defesa;

X - formular sugestões à Superintendência, no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade;

XI - instituir mecanismos de ouvidoria na Autarquia;

XII - garantir a integração, nos projetos da Autarquia, das ações e serviços previstos nos Planos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde, em sua área de

abrangência, bem como de ações, projetos e programas intersetoriais que se façam necessários à saúde e à qualidade de vida da população;

XIII - deliberar sobre outros assuntos que lhe forem submetidos, a pedido do Superintendente ou a pedido de um terço dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 11. O Superintendente será nomeado livremente pelo Prefeito, dentre profissionais com formação e experiência em atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência e, em catástrofes, com curso de Administração Hospitalar ou Administração de Serviços de Saúde ou Administração de Serviços de Emergência.

Art. 12. Compete ao Superintendente:

I - dirigir a autarquia em consonância com as diretrizes e normas emanadas do Sistema Único de Saúde - SUS, do Conselho Deliberativo e Fiscalizador e do Plano Anual de Trabalho;

II - elaborar e submeter o Plano Anual de Trabalho, o Plano Plurianual de Investimentos e o Plano Diretor de Recursos Humanos à aprovação do Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

III - representar a Autarquia judicial e extrajudicialmente;

IV - exercer as funções executivas da Autarquia;

V - gerenciar o quadro de pessoal da Autarquia, provendo cargos e empregos e contratando servidores temporários, formalizando as respectivas nomeações, exonerações e dispensas, bem como autorizando comissionamentos, nos termos da legislação aplicável;

VI - autorizar afastamentos de servidores para participação em cursos, seminários e congressos, quando no interesse da Autarquia, nos termos da legislação em vigor, disponibilizando para fiscalização do Conselho Deliberativo e Fiscalizador relatórios das respectivas participações;

VII - nomear e exonerar os ocupantes de cargos de direção e assessoramento da Autarquia;

VIII - autorizar a instauração de sindicâncias e procedimentos disciplinares, garantindo o direito de defesa, e aplicar penalidades, observadas as normas da CLT, suplementadas, no que couber, pelas disposições da Lei nº 8.989/79;

IX - apreciar e deliberar sobre recursos interpostos das decisões de Diretores de Departamentos;

X - submeter, trimestralmente, ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador as prestações de contas da Autarquia e de seus órgãos;

XI - constituir Comissões de Licitação, designando seus membros entre funcionários do quadro de pessoal da Autarquia, inclusive seu Presidente, devendo este último, ser portador de diploma de nível universitário;

XII - autorizar a abertura ou a dispensa de licitação em qualquer modalidade, fundamentada em projetos técnicos básicos previamente definidos pela Superintendência, cujos parâmetros serão estabelecidos na regulamentação, e prestando as pertinentes informações ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

XIII - homologar licitações;

XIV - autorizar reajustes de preços contratuais, bem como a prorrogação e a rescisão de contratos, a revogação de licitações e a aplicação de penalidades contratuais;

XV - autorizar pagamentos e adiantamentos, na forma prevista na legislação aplicável, respeitadas a precedência e a ordem cronológica;

XVI - autorizar a abertura de créditos adicionais;

XVII - assinar convênios, contratos, acordos e ajustes com entidades públicas ou privadas, observado o § 2º do artigo 4º;

XVIII - delegar atribuições e funções a servidores da Autarquia.

Art. 13. O quadro de pessoal da Autarquia será constituído por pessoal próprio, mediante contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, após prévia aprovação em concurso público, bem como por servidores municipais postos à disposição das Autarquias.

Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Folha 01 de 01 - n.º 11.207 - autuado em 30/09/2015 00:00:00
Proc. n.º 11.207 - autuado em 30/09/2015 00:00:00
Matéria: Processo Administrativo nº 11.207 - autuado em 30/09/2015 00:00:00

§ 1º O Executivo disporá sobre a integração dos atuais servidores do quadro de pessoal das unidades da Secretaria Municipal da Saúde aos quadros de pessoal da Autarquia, garantido o direito de permanência na Administração Direta, mediante opção expressa do servidor.

§ 2º Lei própria disporá sobre plano de carreira, cargos e salários específicos, a criação e a atualização de um Plano Diretor de Recursos Humanos.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 14. Poderá a Autarquia ora instituída contratar servidores, temporariamente, em conformidade com o disposto no artigo 108 da Lei Orgânica do Município, enquanto são realizados os concursos públicos para provimento de seu quadro de pessoal.

Art. 15. O Executivo promoverá a estruturação do quadro de pessoal da Autarquia especial, nos termos previstos no artigo 13 da Lei Orgânica do Município, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Parágrafo único. Até que sejam estruturados os quadros de pessoal e providos os respectivos empregos públicos, a representação processual das Autarquias ficará a cargo da Procuradoria Geral do Município de São Paulo.

Art. 16. A Autarquia terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, para constituir seu Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 17. A eleição dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador será regulamentada pelo Executivo e deverá realizar-se dentro de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Art. 18. No interregno compreendido entre o início da vigência desta lei e a eleição dos novos representantes do Conselho Deliberativo e Fiscalizador, poderão ser designados tais membros pelo Prefeito ou por quem este designar, mantidos, eventualmente, se posteriormente eleitos, na forma prevista no artigo 9º desta lei.

Art. 19. Fica o Executivo autorizado a realocar os saldos das dotações orçamentárias da Secretaria Municipal da Saúde para a atividade a ser criada no orçamento vigente, denominada "Transferências à Autarquia SAMU".

Parágrafo único. A Autarquia ora instituída elaborará seu orçamento para o exercício de 2013, respeitando no conjunto o saldo da dotação orçamentária da atividade "Transferência às Autarquias Hospitalares".

Art. 20. A fiscalização contábil e financeira da Autarquia será exercida pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico - SF.

Parágrafo único. A publicação de todos os atos administrativos da autarquia será feita, obrigatoriamente, pelo Diário Oficial do Município, sem prejuízo, no que couber, do cumprimento das normas administrativas previstas na Lei Orgânica do Município e demais da legislação ordinária.

Art. 21. Fica a Autarquia autorizada a adotar as medidas preliminares atinentes à sua organização e funcionamento, observado o disposto nesta lei.

Art. 22. A Autarquia ora criada deverá organizar e manter em funcionamento Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPA's, nos termos da Lei 13.174, de 5 de setembro de 2001.

Art. 23. Para a primeira investidura nos empregos públicos, a Autarquia poderá aproveitar concursos públicos em vigor no âmbito da Administração Pública Direta ou Indireta para o preenchimento dos mesmos, mediante concordância expressa dos candidatos aprovados quanto ao seu regime de contratação.

Art. 24. O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 25. As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 26. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995. Sala das Sessões, Junho de 2013. Às Comissões competentes."

Isle Duarte Rodrigues
RF 11.208

Proc. nº 07052572

Matéria PL 525/2012. O arquivado do ECM não contém assinaturas.

PUBLICADO DOC 14/08/2013, PÁG 102

PROJETO DE LEI 01-00530/2013 do Vereador Coronel Telhada (PSDB)

"Dispõe sobre a proibição de retenção de macas das ambulâncias do SAMU e de outras unidades móveis de atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo D E C R E T A:

Art. 1º Fica proibida a retenção de macas das ambulâncias do SAMU e/ou de outras unidades móveis pré-hospitalares de atendimento de urgência pública, por parte dos hospitais, clínicas ou congêneres, para os quais os pacientes socorridos forem encaminhados.

Art. 2º O diretor geral do hospital, clínica, ou congênere que reter a maca será responsabilizado nos termos dessa Lei.

Art. 3º O profissional da ambulância do SAMU constatando a retenção da maca deverá comunicar imediatamente a Coordenadoria Central de Operações do SAMU, para que a mesma notifique a direção do Hospital infrator e a Secretaria Municipal de Saúde de forma que esta proceda às ações punitivas contra a direção hospitalar que deu causa a retenção de maca.

Parágrafo único. As demais unidades móveis pré-hospitalares de atendimento de urgência pública, que encaminhem pacientes para hospitais públicos, em caso de retenção de suas macas, deverão comunicar o ocorrido ao seu superior imediato, e este, notificará a direção do Hospital infrator e a Secretaria Municipal de Saúde para que se proceda às ações punitivas contra a direção hospitalar que deu causa a retenção de maca.

Art. 4º A infração à presente lei sujeitará o infrator ao pagamento de multa no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), a ser corrigido anualmente pelo índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou por outro índice que vier a substituí-lo, até que a situação venha a ser regularizada.

Parágrafo único. Em caso de reincidência a multa estipulada no caput deste artigo será aplicada em dobro.

Art. 5º Todas as espécies de macas, independente do tipo de ambulância, estão protegidas por essa Lei.

Art. 6º O executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua publicação.

Art. 7º As despesas com a execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, às Comissões competentes."

Presidente
Ora, o prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**Folha nº 49 do proc.
nº 01-525 de 20 12
Assinado por: [assinatura] as Chaves
Intitulado: [assinatura]16 - PAR
PARECER Nº 16- 01671/2013

pl0525-12

DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA
E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0525/12

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa do nobre Vereador José Ferreira (Zelão), que dispõe sobre a proibição de retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares.

De acordo com a justificativa à propositura, *"a retenção de macas do SAMU em unidades hospitalares impede que as ambulâncias prestem novas ações de socorro às vítimas"*.

De fato, cada paciente socorrido pelo SAMU é transportado por uma maca até o hospital.

No entanto, em vez de o hospital devolver a maca o mais rápido possível à equipe do SAMU, a fim de liberar a ambulância, ele a retém. Dessa forma, a equipe do SAMU fica impossibilitada de sair para novos atendimentos. É isso o que pretende evitar a presente propositura.

Na forma do Substitutivo ao final apresentado, a propositura reúne condições de prosseguimento.

No que tange ao aspecto formal, o projeto encontra fundamento no artigo 37, *caput*, da Lei Orgânica Paulistana, segundo o qual a iniciativa das leis cabe a qualquer membro ou Comissão Permanente da Câmara Municipal, ao Prefeito e aos Cidadãos.

Em relação à matéria, fundamenta-se na competência municipal para legislar sobre assuntos de interesse local, nos termos do art. 30, I, da Constituição Federal e art. 13, I, da Lei Orgânica Municipal.

Como observa Celso Bastos, *"os interesses locais dos Municípios são os que entendem imediatamente com as suas necessidades imediatas, e, indiretamente, em maior ou menor repercussão, com as necessidades gerais"* (in "Competências na Constituição de 1988", Fernanda Dias Menezes de Almeida, Ed. Atlas, 1991, p. 124).



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

pi0525-12

Processo nº 50
de proc.
nº 01-525 do 2º da
Jefes de Câmara de Vereadores
Tribunal Administrativo
10/10/15

Ademais, a matéria de fundo versada no projeto é a proteção e defesa da saúde, cuja competência legislativa é concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e também dos Municípios, estes para *suplementar a legislação federal e estadual no que couber*, dentro dos limites do predominante interesse local (artigos 24, XII, e 30, II, Constituição Federal).

A Lei Orgânica do Município, em seu art. 215, ratifica a competência municipal para regulamentar ações e serviços de saúde.

Há que se ressaltar, ainda, importante alteração em nossa Lei Orgânica, efetivada por meio da Emenda nº 28/06 que, ao alterar a redação do art. 37, § 2º, IV, da Lei Orgânica, excluiu o serviço público das matérias reservadas à iniciativa legislativa do Chefe do Executivo, espelhando, assim, o disposto na Constituição Federal e na Constituição do Estado de São Paulo.

Ressalte-se que a proposta não incide em vício de iniciativa na medida em que não cogita da criação de serviço público, apenas institui regra geral sobre a prestação desse serviço público, norteadada pelo interesse público, já que a retenção das macas do SAMU prejudica a liberação das ambulâncias e, conseqüentemente, o atendimento a outras vítimas.

Ante o exposto, somos **PELA LEGALIDADE**, na forma do seguinte Substitutivo, que pretende adequar o projeto ao princípio da separação de poderes, em especial ao art. 69, XVI, da Lei Orgânica Municipal:

**SUBSTITUTIVO Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 0525/13.**

Dispõe sobre a proibição de retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0525-12

Folha nº 54
nº 01-525 do proc.
de 20 12
Ass. Carlos José Chaves

Art. 1º A unidade hospitalar deve providenciar a devolução de macas do SAMU no prazo máximo de 15 (quinze) minutos, sendo proibida sua retenção e o consequente atraso na liberação das ambulâncias do SAMU.

Art. 2º O Poder Executivo deverá regulamentar a presente lei no prazo de 90 (noventa) dias após sua aprovação.

Art. 3º As despesas para execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, 11/09/13.

ABOU ANNI

ALESSANDRO GUEDES

ARSELINO TATTO

CONTE LOPES

GOULART

EDUARDO TUMA

GEORGE HATO

LAÉRCIO BENKO

SANDRA TADEU

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 15/09/13
Pág. 116 Col. 4
CONTÉÚDO

Gabriel Almeida Ribeiro
Técnico Administrativo
RF. 11.317

A Comissão de Adm

Em 17/09/13

João Carlos Dias Chaves
RF. 11.336



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0525-12

Folha nº 54 do proc.
nº 01-525/ de 20 12
Ass. Carlos Chaves

Art. 1º A unidade hospitalar deve providenciar a devolução de macas do SAMU no prazo máximo de 15 (quinze) minutos, sendo proibida sua retenção e o consequente atraso na liberação das ambulâncias do SAMU.

Art. 2º O Poder Executivo deverá regulamentar a presente lei no prazo de 90 (noventa) dias após sua aprovação.

Art. 3º As despesas para execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, 11/09/13.

ABOU ANNI

ALESSANDRO GUEDES

ARSELINO TATTO

CONTE LOPES

GOULART

EDUARDO TUMA

GEORGE HATO

LAÉRCIO BENKO

SANDRA TADEU

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 13/09/13
Pág. 116 - Col. 4
Código 1188

Gabriel Ribeiro
Técnico Administrativo
RF. 11.317

A Comissão de Adm
Em 17/09/13
João Carlos Dias Chaves
RF. 11.336

RECEBIDO

Comissão de Administração Pública
Em 23/9/13 às
RF

MARIA DE FATIMA MOREIRA
Assistente Parlamentar

Ao Vereador / A Vereadora

Para relatar
Sala da Comissão de Administração Pública:

Em 26/9/13

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Segue ☒ juntado ☐ nesta data documento ☐ anexo no ☐

sub nº 52 e data 09/10/13

Nome

RF

Elaine Gonçalves Gavioli
Secretária de Comissão
RF - 100485



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

16 - PAR
16- 02115/2013

**PARECER DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O
PROJETO DE LEI Nº 0525/2012.**

O projeto de lei do nobre vereador José Ferreira (Zelão) “dispõe sobre a proibição de retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares” do Município de São Paulo por mais de 15 (quinze) minutos, liberando-as assim que o paciente der entrada na unidade. A propositura prevê ainda que qualquer cidadão, o Conselho Gestor e os profissionais da ambulância do SAMU devem notificar a Secretaria Municipal da Saúde, caso o prazo estabelecido não for cumprido, para que sejam tomadas as ações punitivas.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa emitiu parecer pela legalidade, porém apresentou substitutivo para adequar o projeto ao princípio da separação de poderes, em especial ao art. 69, XVI, da Lei Orgânica Municipal.

Justifica o autor que a retenção de macas do SAMU em unidades hospitalares impede que as ambulâncias prestem novas ações de socorro às vítimas. Cabe aos hospitais disponibilizarem macas para recepcionar imediatamente os pacientes que cheguem às unidades liberando as macas do SAMU para que as ambulâncias possam prosseguir os atendimentos.

A Comissão de Administração Pública não encontrou óbices e é de parecer favorável a esta propositura, nos termos do substitutivo da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa

Sala da Administração Pública

9/10/13

GILSON BARRETO
Presidente

ALFREDINHO

ATILIO FRANCISCO

CORONEL CAMILO - relator

DAVID SOARES

MÁRIO COVAS NETO

MARQUITO

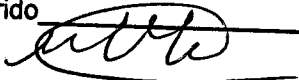
17 - RELCOM
17- 02160/2013

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 10 / 10 / 2013

Pág. 138 Col. 3ª

Conferido



MARIA DE FATIMA MOREIRA
Assistente Parlamentar

A Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho, Idoso e Mulher

Em 14 / 10 / 13

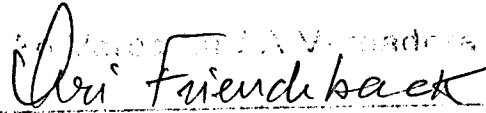
MARIA DE FATIMA MOREIRA
Assistente Parlamentar

RECEBIDO

Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 14/10/13 às 14:30

FABIO DE CASTRO
RF 11.120
Secretário



Parlamentar
Comissão de Saúde, Promoção Social,
Trabalho e Mulher
Em 15 / 10 / 13


O Sr. Ari Friedenbach, Parlamentar da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, recebeu o documento em 15/10/13.

Recebemos em 29 / 10 / 13


4º GV - Ari Friedenbach - CMS?
29505

Segue — juntado —, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado — sob folha(s)
nº 53 Em 27 / 11 / 13

Liliane Jun Gura 
RF. 11.096 - Técnico Administrativo



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 53 de 84

Processo nº 01-525/12

Liliane Jun Ogura
RF. 11.095 - SGP-12

16 - PAR
16- 02600/2013

**PARECER DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL,
TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI 525/2012.**

O projeto de lei, de autoria do Nobre Vereador José Ferreira (Zelão), dispõe sobre a proibição de retenção de macas do SAMU nas unidades hospitalares, e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela **legalidade na forma de substitutivo**.

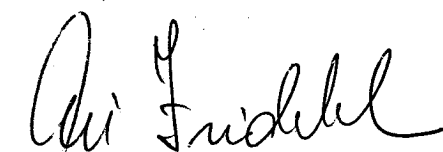
A Comissão de Administração Pública emitiu parecer **favorável nos termos do substitutivo da CCJLP**.

O projeto proíbe que as macas utilizadas pelo SAMU fiquem retidas nos hospitais por tempo superior a quinze minutos. Desta forma, pretende-se que as ambulâncias não fiquem impedidas de prestar novos socorros por falta de macas. Assim, a proposta em pauta se preza a promover o atendimento ágil para um dos serviços mais demandados na cidade de São Paulo.

Em face do exposto, **favorável é o nosso parecer na forma do substitutivo da CCJLP**.

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher 27/11/13

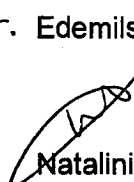

Calvo
Presidente

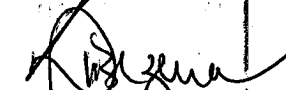

Ari Friedenbach – relator

Juliana Cardoso

Pr. Edemilson Chaves

Noemi Norato


Natalini


Patricia Bezerra

17 - RELCOM
17- 02650/2013

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 29 / 11 / 13

Pág. 102 Col. 4º

Conferido RSR

Lilliane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.098

A Comissão de Finanças

Em 29 / 11 / 13

Lilliane Jun Ogura
RF. 11.095 RSR