



Arquivo unificado sobre a PORTARIA 3005, DE 02 DE JANEIRO DE 2024

Observações:

- Este arquivo não substitui a PORTARIA GM/MS Nº 3005, DE 02 DE JANEIRO DE 2024 publicada pelo Diário Oficial da União na data de 05 de Janeiro de 2024. Tem o objetivo informativo para facilitar a leitura;
- Haverá uma Nota Técnica explícita sobre o Fluxo de habilitação de novas equipes.

PORTARIA GM/MS Nº 3005, DE 02 DE JANEIRO DE 2024

Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

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

RESOLVE:

Art. 1º O Capítulo III do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 531. Este Capítulo define a Atenção Domiciliar (AD), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Programa Melhor em Casa (PMeC) e o cuidador no âmbito do SUS.” (NR)

“Art. 532-A. A AD, no âmbito do SUS, deve ser parte da rotina das equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP), conforme as diretrizes da:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos termos do Anexo XXII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017; e

II - Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), nos termos da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.” (NR)

Art. 533. O SAD tem como objetivos:

I - redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e

“IV - Otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.” (NR)

“Art. 534. A AD seguirá as seguintes diretrizes:

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

II - Estar articulada com os outros pontos de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado;

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e IV - Estimular a participação ativa dos profissionais de

saúde envolvidos, tendo em vista a ampliação da autonomia do(s) usuário(s), da família e do(s) cuidador(es).” (NR)

“Art. 535. A AD é indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos.” (NR)

Art. 536. A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

“Art. 537. As equipes que realizam AD têm como atribuições:

I - Realizar assistência à saúde dos usuários, de acordo com suas necessidades de integração com a RAS;

II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, a partir dos critérios de elegibilidade em cada ponto da rede, tendo em vista a transição do cuidado segura, a otimização da assistência às demandas de reabilitação intensiva e a redução do tempo de espera para cirurgias eletivas; e

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.” (NR)

“Art. 538. Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD devido a adoecimento por condição crônica estável e a restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu Plano Terapêutico Singular (PTS).

Parágrafo único. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e conforme o preconizado na PNAB e demais normas aplicáveis.” (NR)

“Art. 539. Considera-se elegível, na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, e que apresente as seguintes condições clínicas:

I - Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;

II - Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;

III - Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e

IV - Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais”. (NR)

“Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário:

I - Que se enquadre em qualquer das situações listadas no art. 539 e que necessite de:

a) Cuidados predominantemente multiprofissionais; e

b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como:

1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;

2. Nutrição parenteral;

3. Transfusão sanguínea;

4. Diálise peritoneal;

5. Hemodiálise;

6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras);

7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou

8. Condições crônico-degenerativas progressivas; e

II - Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

§ 1º Os usuários com necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise continuarão vinculados à equipe assistencial de sua referência nas clínicas ou centros de terapia renal substitutiva particulares ou conveniadas ao SUS e, a qualquer momento de necessidade clínica, serão referenciados para tais serviços, em conformidade com a integralidade de seu cuidado.

§ 2º A responsabilidade e o protagonismo do SAD/PMec com os usuários da modalidade AD 3 não excluem a responsabilidade dos serviços da APS com relação à sua população adscrita nem a necessidade de um plano de cuidado compartilhado.” (NR)

Art. 541. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD.

Parágrafo Único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3.

“Art. 542. Ao usuário em AD acometido por intercorrências agudas que não sejam possíveis de serem resolvidas pela equipe do SAD, deverá ser garantido pelo conjunto de pontos de atenção da RAS o transporte para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, previamente definidas como referência para pacientes do SAD.

Parágrafo único. O transporte eletivo dos pacientes do SAD/PMcC deverá ser realizado na lógica da rede integrada, pelos equipamentos da RAS implantados para esse fim, como transporte sanitário.” (NR)

“Art. 543. A permanência e a alta do paciente em reabilitação no SAD/PMcC observarão o seguinte:

I - A transição do cuidado segura, conforme as diretrizes da PNAES; e

II - Poderão ser avaliadas com os instrumentos de desempenho e capacidade funcional, por meio de escalas e classificações diagnósticas respectivas às atribuições profissionais envolvidas no processo de reabilitação, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), na Medida de Independência Funcional (MIF) e demais escalas destinadas à avaliação da capacidade funcional disponíveis na literatura científica.” (NR)

“Art. 544. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - Necessidade clínica que demande assistência de qualquer profissional de saúde presencial permanente e/ou monitorização contínua;

II-A - Residência em município não habilitado para SAD/PMcC;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V-A - Instabilidade hemodinâmica ou respiratória ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, salvo nos casos de cuidados paliativos em fase final de vida em que o usuário já tenha Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) manifestando vontade de falecer em domicílio e equipe (s) do SAD com condições de prestar assistência adequada para alívio do sofrimento.” (NR)

“Art. 545. Em qualquer forma de atendimento pelas equipes do SAD, será necessário um responsável de referência, podendo ser o próprio usuário, caso aprovado pela equipe.

§ 1º A presença de cuidador será obrigatória nos casos de usuários em situações de vulnerabilidade ou dependentes funcionalmente para realização de atividades cotidianas básicas.

§ 2º O descumprimento dos acordos assistenciais pactuados entre equipe multiprofissional e usuário, familiar (es) ou cuidador (es) poderá implicar a exclusão do usuário do PMeC, ocasião em que o atendimento ao usuário poderá ocorrer em outro serviço adequado ao seu caso, conforme organização da RAS local. ” (NR)

“Subseção II

Do Programa Melhor em Casa (PMeC) ” (NR)

“Art. 545-A. Fica instituído o Programa Melhor em Casa (PMeC) com o objetivo de fomentar a utilização do SAD no âmbito do SUS.

Parágrafo único. O PMeC complementa os cuidados realizados na APS e nos serviços de urgência, substitutivos ou complementares à internação hospitalar, estabelecendo regras para o gerenciamento e a operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). ” (NR)

“Art. 545-B. O PMeC será executado, de modo tripartite, pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

§ 1º A adesão ao PMeC será realizada pelos municípios, estados ou Distrito Federal interessados mediante solicitação de habilitação e homologação de equipes do SAD.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, não caberá solicitação para um único município por proponente duplo (município e estado concomitantes). ” (NR)

“Art. 545-C. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal:

I - Planejar, implantar, organizar, gerenciar e executar o SAD no seu território de abrangência;

II - Garantir a composição da equipe assistencial do SAD/PMeC, bem como o fornecimento de insumos, medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento;

III - Garantir ao usuário, por meio de fluxos locais pactuados na RAS, os serviços de retaguarda, especialmente os de urgência e emergência, internação hospitalar e referência para especialidades e exames complementares disponíveis na RAS;

IV - Construir com os demais pontos da RAS a regulação do acesso ao SAD/PMeC e os fluxos para os encaminhamentos do SAD aos serviços de referência;

V - Fiscalizar, controlar, monitorar periodicamente, avaliar e incentivar a atuação das equipes para garantir a assistência prestada ao paciente, família e cuidadores, conforme disposto neste Capítulo;

VI - Manter capacitações periódicas contínuas internas das equipes EMAD, EMAP e EMAP-R e externas junto à RAS, com disponibilização no SAD de planilha anual de temas que serão abordados; e

VII - Complementar os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do SAD. ” (NR)

“Art. 545-D. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - Prestar assessoria técnica aos municípios nos processos de construção de projetos no âmbito do SAD/PMec, solicitação de habilitação e implementação nos processos assistenciais e de gestão;

II - Habilitar novas equipes do SAD/PMec;

III - Realizar monitoramento periódico em conjunto com o Ministério da Saúde e avaliação dos SAD/PMec, por meio de visitas remotas ou *in loco*, pelo menos uma vez ao ano;

IV - Promover e participar dos processos que envolvam educação permanente e continuada, bem como elaboração de fluxos interestaduais e municipais;

V - Participar da complementação do financiamento do SAD/PMec, podendo contemplar recursos destinados à capacitação/formação dos profissionais, aquisição de equipamentos pertinentes a ações assistenciais e de gestão, conforme a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (RENEM), além de recursos atrelados a indicadores que evidenciem a otimização do uso dos leitos hospitalares simples e de UTI; e

VI - Criar fluxo com disponibilização de canal de comunicação oficial para recebimento de demandas técnicas e de solicitações de intervenção nos SAD caso necessário.” (NR)

“Art. 545-E. Cabe ao Ministério da Saúde:

I - Homologar a habilitação SAD/PMec feita pelos estados, conforme as regras deste

Capítulo;

II - Fazer a gestão do PMec em âmbito nacional, incluindo monitoramento e avaliação;

III - Prestar assessoria técnica aos demais entes;

IV - Transferir incentivo financeiro aos municípios que tiverem equipes homologadas, para auxílio do custeio do SAD/PMec; e

V - Produzir materiais de apoio técnico, promover educação permanente e realizar e fomentar pesquisas para aprimoramento contínuo da AD.” (NR)

“Art. 546. As equipes que compõem o PMec são:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como:

a) EMAD Tipo 1; ou

b) EMAD Tipo 2; e

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

III - Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R).

§ 1º O cadastramento no CNES das equipes do PMeC observará o seguinte:

I - As EMAD e EMAP deverão ser cadastradas, preferencialmente, em unidades de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas;

II - As EMAP-R deverão ser cadastradas, preferencialmente, na APS; e

III - A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD, exceto para municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes, que poderão constituir uma EMAP-R sem a necessidade de constituição prévia de um SAD”. (NR)

“Art. 547. As EMAD terão as seguintes composições mínimas e somas de carga horária semanal mínimas, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO):

I - EMAD Tipo 1:

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

b) profissional (is) enfermeiro (s): 60 (sessenta) horas;

c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e

d) profissionais técnicos de enfermagem: 120 (cento e vinte) horas; e

II – EMAD Tipo 2:

a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) profissionais técnicos de enfermagem: 120 (cento e vinte) horas.

§ 1º Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter carga horária inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

§ 2º Para SAD composto por duas ou mais EMAD, recomenda-se ter um profissional de nível superior da área de saúde ou gestão para exercer a função de coordenação, bem como um auxiliar administrativo”. (NR)

“Art. 548. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - cirurgião dentista;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

§ 1º Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

§ 2º A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP será de, no mínimo, 90 (noventa) horas.

§ 3º A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP-R será de, no mínimo, 60 (sessenta) horas”. (NR)

“Art. 548-A. A EMAP-R será composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as ocupações a seguir:

I - Fisioterapeuta;

II - Fonoaudiólogo;

III - Nutricionista;

IV - Terapeuta ocupacional;

V - Psicólogo; e

VI – Enfermeiro.” (NR)

“Art. 548-B. Cabe às equipes do SAD/PMcC, com apoio do gestor local e demais atores envolvidos, em consonância com as diretrizes da PNAB e PNAES:

I - Definir protocolos e alinhar fluxos de acesso ao SAD/PMcC com os núcleos internos de regulação dos hospitais e escritórios de gestão de alta hospitalar, de forma a:

a) priorizar a redução do tempo médio de permanência hospitalar e de permanência em Unidade de Pronto Atendimento (UPA);

b) evitar novas internações; e

c) colaborar na redução das listas de espera para procedimentos cirúrgicos e na alta precoce no pós-operatório;

II - Definir protocolos e indicadores assistenciais, bem como alinhar fluxos de alta e de transferência do SAD com as equipes de APS e os serviços de urgência e emergência hospitalar, para seguimento do cuidado;

III - Promover a continuidade segura do cuidado, com possibilidade de utilizar recursos de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e de telessaúde, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e dos conselhos profissionais;

IV - Definir fluxos de transporte e acesso a especialidades, apoio diagnóstico complementar e atendimento ou internação eletiva ou de urgência; e

V - Realizar apoio matricial para as equipes da APS”. (NR)

“Subseção III

Do funcionamento do SAD/PMec” (NR)

“Art. 549. O SAD será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A EMAP será acionada somente por meio da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementação às ações da EMAD, devendo atuar a partir do planejamento conjunto entre as equipes.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD/PMec, o PTS para o usuário deverá ser compartilhado com a equipe de atenção primária de referência.

§ 4º A admissão no SAD/PMec se dará por meio de encaminhamento ou busca ativa com a utilização de protocolos de elegibilidade, como instrumento de avaliação e complexidade de atenção domiciliar (IAEC-AD), conforme os fluxos pactuados com outros serviços da RAS, de modo a evitar a demanda espontânea do usuário.

§ 5º O encaminhamento do paciente ao SAD/PMec para a primeira avaliação deverá:

I - Ser realizado, prioritariamente, por meios digitais, como e-mail ou sistema informatizado;

II - Utilizar instrumentos específicos contendo os critérios para admissão; e

III - Ser preenchido por profissional devidamente identificado e assinado com registro profissional e telefone de contato.

§ 6º Não será admitido paciente diretamente pela EMAP para reabilitação, sendo necessária sempre a avaliação inicial pela EMAD para decisão de elegibilidade ao SAD/PMec.

§ 7º As EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência, com o intuito de:

I - Potencializar busca ativa para desospitalização pré-hospitalar e hospitalar;

II - Propiciar retaguarda para intercorrências de pacientes domiciliados fora do horário de funcionamento do SAD/PMec; e

III - Facilitar fluxo para apoio diagnóstico, utilização de medicações especiais e outros insumos eventualmente necessários e disponíveis em hospitais e urgências.

§ 8º Excepcionalmente, a EMAD e a EMAP poderão estar localizadas em outros estabelecimentos que não os citados no § 7º, devendo constar justificativa no projeto enviado para habilitação.

§ 9º As EMAP-R deverão estar vinculadas, preferencialmente, a estabelecimentos da APS, sendo dispensada a exigência de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas.” (NR)

“Art. 550. A admissão do usuário ao SAD/PMec exigirá sua prévia concordância ou de seu responsável legal e, se for caso, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

Parágrafo único. Também haverá a necessidade de concordância do paciente, de seu responsável legal, se for o caso, ou de familiar ou cuidador para fins de desligamento por alta administrativa do SAD/PMec, devendo ser preenchido e assinado o termo de recusa de atendimento respectivo.” (NR)

“Art. 551. Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada, a partir da segunda equipe, a organização do SAD/PMec por meio de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, nos termos do § 3º do art. 559, sempre mantendo, ao menos, uma EMAD para atendimento clínico generalista.” (NR)

“Art. 552. São parâmetros de produção estimados para as equipes:

I - Para cada EMAD tipo I é esperado, em média, o atendimento de 50 (cinquenta) usuários por mês; e

II - Para cada EMAD tipo II é esperado o atendimento de 25 (vinte e cinco) usuários por mês, com uma proporção de 70% (setenta por cento) destes em modalidade AD 2 e 30% (trinta por cento) em modalidade AD 3.

§ 1º O quantitativo de produção de que trata o caput poderá variar de acordo com o nível de complexidade dos cuidados, o perfil da maioria dos usuários admitidos e as características geográficas, de mobilidade e outras peculiaridades do município.

§ 2º Caso não haja atingimento dos quantitativos de produção estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou a distância, para melhoramento desses parâmetros”. (NR)

“Art. 553. O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS.

§ 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diurnas nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade.

§ 2º A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.

§ 3º A assistência deverá ser garantida pelos profissionais do SAD à noite, em finais de semana e feriados, por meio de escalas especiais remotas, plantões presenciais ou com retaguarda de profissionais de outros serviços da rede, conforme pactuações locais.

§ 4º Nas situações em que as condições clínicas dos pacientes exigirem, o acesso às medicações necessárias, às especialidades, ao apoio diagnóstico complementar e ao atendimento/internação eletivo ou de urgência deverá ser realizado por outros pontos da rede.

§ 5º A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diurnas e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.” (NR)

“Art. 553-A. Há possibilidade de acompanhamento por meio de atendimento remoto, que deverá:

I - Ser realizado após avaliação presencial para orientações e auxílio ao usuário;

II - Ser intercalado com visita presencial;

III - Constar do PTS de cada usuário; e

IV - Ser lançado na produtividade da equipe com código específico.

§ 1º Para a execução do atendimento remoto, o SAD/PMeC necessitará minimamente de:

I - Sala para atividade de atendimento remoto;

II - Profissional da área da saúde, preferencialmente de nível técnico ou superior, para intermediar a utilização das TIC e telessaúde e os processos gerenciais da consulta; e

III - Equipamentos de TIC e telessaúde suficientes para a realização de consultas de forma virtual, em qualidade adequada, incluindo, além do computador, webcam e microfone, ou equipamentos equivalentes, e conexão de internet.

§ 2º Os materiais de que trata o inciso III do § 1º poderão ser obtidos conforme lista da RENEM, devendo seguir as normas que regulamentam a estruturação de estabelecimentos de saúde.

§ 3º A oferta do atendimento remoto deverá estar disponível em todo o horário de funcionamento do SAD.” (NR)

“Art. 554. O gestor municipal ou estadual deverá garantir ao SAD/PMeC infraestrutura adequada e que contemple:

I - Equipamentos médico-hospitalares;

II - Material permanente e de consumo, equipamento de informática e mobiliário;

III - Aparelhos telefônicos, no mínimo um aparelho fixo e um aparelho móvel; e

IV - Veículo (s) exclusivo (s) identificado (s) com a logomarca do PMeC, 12 (doze) horas por dia, sete dias na semana, no mínimo um para cada EMAP, um para cada EMAP-R e, para as EMAD, respeitar a seguinte proporção:

a) 1 EMAD: dois carros;

b) 2 EMAD: três carros;

c) 3 EMAD: cinco carros;

d) 4 EMAD: seis carros;

e) 5 EMAD: oito carros;

f) 6 EMAD: nove carros; e

g) a partir de 6 EMAD: acréscimo de um veículo a cada nova EMAD;

V - Transporte eletivo e de urgência e emergência para os usuários, conforme pactuação na RAS; e

VI - Uniformes para as equipes contendo a identificação do PMeC.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica.

§ 3º As EMAP-R devem estar localizadas na estrutura física do estabelecimento de saúde a que estiverem vinculadas, tendo apoio da gestão.

§ 4º Nos finais de semana e feriados, a quantidade de veículos circulantes poderá ser ajustada à demanda programada." (NR)

"Seção III

Dos requisitos e procedimentos de habilitação e homologação de equipes do PMeC" (NR)

"Subseção I

Dos requisitos de habilitação e homologação de equipes do PMeC" (NR)

"Art. 555. São requisitos para habilitação de EMAD e EMAP:

I - População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - hospital de referência no município ou região a qual integra; e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

IV - Possuir cobertura mínima de 60% (sessenta por cento) da APS, considerando a cobertura de saúde suplementar.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do caput pode ser originada de um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes.

§ 2º Em municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU.

§ 3º Os municípios com proposta de habilitação de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar instrumento jurídico interfederativo específico para definir as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, os municípios deverão aprovar os acordos celebrados na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Regional (CIR) e apresentar deliberação ocorrida há, no máximo, seis meses.

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) município(s) em que o SAD atuará, aprovado na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo município.

§ 6º Na hipótese do agrupamento de que trata o § 3º, deverá haver cobertura mínima de 80% (oitenta por cento) de APS da população adscrita, considerando a cobertura de saúde suplementar.

§ 7º A habilitação das EMAP será aprovada juntamente ou após a habilitação da EMAD respectiva. ” (NR)

“Art. 556. Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) e inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo I.” (NR)

“Art. 557. Municípios ou agrupamentos com população superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo II. ” (NR)

“Art. 558. Municípios com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, uma EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. ” (NR)

“Art. 559. Todos os municípios com uma EMAD tipo I ou tipo II poderão solicitar uma EMAP, na proporção de uma EMAP para as três primeiras EMAD e, após a quarta EMAD implantada, uma EMAP a cada duas EMAD.

§ 1º Municípios com população superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes poderão solicitar aumento do número de equipes EMAD adicionais, modificando a proporção de uma a cada 100.000 (cem mil) habitantes para uma a cada 80.000 (oitenta mil) habitantes, desde que todas as equipes já atuantes tenham atingido, nos 12 (doze) meses anteriores ao momento da solicitação, os seguintes indicadores:

I - Média de número de pacientes por EMAD tipo I maior ou igual a 50 (cinquenta);

II - Percentual de alta mensal do SAD maior ou igual a 25% (vinte e cinco por cento);

III - Procedência hospitalar maior ou igual a 70% (setenta por cento); e

IV - Cadastro das equipes no CNES e alimentação do SISAB, sem nenhuma suspensão nos 12 (doze) meses anteriores.

§ 2º A proporção de que trata o § 1º poderá ser reduzida novamente, mediante solicitação, para uma a cada 64.000 (sessenta e quatro mil) habitantes, caso haja o atingimento anterior dos indicadores listados nos incisos do § 1º por todas as equipes atuantes após um ano do deferimento do primeiro aumento de equipes.

§ 3º Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada a organização do SAD/PMec a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD especializada, responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como atendimento pediátrico, ortopédico, cuidados paliativos, ventilação mecânica, dentre outros, conforme a necessidade assistencial do território. ” (NR)

“Art. 559-A. Os municípios com até 20.000 (vinte mil) habitantes poderão solicitar a habilitação de uma EMAP-R para reabilitação domiciliar de média e alta complexidade, essencialmente nas modalidades AD 2 e AD 3, que deverá trabalhar de forma integrada com a RAS.

Parágrafo único. A EMAP-R deverá ser composta pelos profissionais de nível superior descritos no art. 548-A e a soma da carga horária semanal de seus componentes será de, no mínimo, 60 (sessenta) horas. ” (NR)

“Subseção II

Do procedimento de habilitação e homologação de equipes do PMec” (NR)

“Art. 559-B. Para fins deste Capítulo, consideram-se:

I - Habilitação no CNES: ato do gestor estadual ou distrital que atesta o cumprimento dos requisitos de funcionamento de EMAD, EMAP ou EMAP-R, nos termos deste Capítulo, permitindo seu cadastramento e o registro de sua produção no CNES; e

II - Homologação: ato do gestor federal que ratifica a habilitação no CNES realizada pelo gestor estadual ou distrital, vinculando recursos financeiros. ” (NR)

“Art. 560. A proposta de habilitação de EMAD, EMAP ou EMAP-R deverá contemplar os seguintes requisitos:

I - quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região;

II - objetivos do projeto;

III - caracterização do(s) ente(s) federativo(s) proponentes, a partir de dados sócio-demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política;

III-A - Pactuação em CIB ou CIR, discutida dentro da concepção de Planejamento Regional Integrado, seguida de solicitação por parte do gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ou qualquer outro sistema que esteja vigente à época, e de homologação da (s) equipe (s) por parte do Ministério da Saúde;

IV - Especificação do número de equipes previstas, observados os critérios e prazos descritos neste Capítulo, incluindo os territórios de abrangência;

V - quadro de profissionais, mencionando as CHS;

VI - Descrição da inserção do SAD/PMec na RAS, incluindo os serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para:

- a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar;
- b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência;
- c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e
- d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD/PMec quanto em situações de urgência;

VII - Descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos e veículo (s) para locomoção da (s) EMAD, EMAP, EMAP-R, além do CNES do estabelecimento de saúde em que será alocado;

VIII - Descrição do funcionamento do SAD/PMec, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

IX - Proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD/PMec e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e

X - Descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD/PMec, tomando como referência os indicadores propostos no “Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa”, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Para municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deverá observar os requisitos adicionais descritos em documento específico emitido pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, bem como no documento previsto no § 3º do art. 555 desta Portaria. ” (NR)

“Art. 561. O processo de habilitação de equipes do PMec ficará sob responsabilidade do gestor de saúde estadual ou distrital e obedecerá ao seguinte rito:

I - Solicitação do gestor de saúde proponente municipal, estadual ou distrital, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento tanto dos requisitos de que trata o art. 560 quanto das diretrizes deste Capítulo;

II - Verificação do gestor de saúde estadual ou distrital do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 560 e das diretrizes deste Capítulo;

III - Publicação de portaria de habilitação pelo gestor estadual ou distrital; e

IV - Cadastramento das equipes no CNES pelo gestor de saúde estadual ou distrital.

§ 1º O gestor local deverá implantar a (s) equipe (s) solicitada (s) e já habilitada (s), promovendo o cadastramento destas no CNES em até seis meses, contados da data de publicação da portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação.

§ 2º O gestor local será responsável pelo cumprimento do adequado preenchimento dos sistemas de informação e monitoramento dos indicadores, bem como pela conferência da validação dos dados na base federal. ” (NR)

“Art. 562. O cadastramento das EMAD, EMAP e EMAP-R no CNES deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as Secretarias Estaduais, Distrital ou Municipais de Saúde ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico.” (NR)

“Art. 562-A. O processo de homologação de equipes do PMeC ficará sob responsabilidade do gestor federal e obedecerá ao seguinte rito:

I - Solicitação do gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do SAIPS, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que tratam os arts. 560 e 561 desta Portaria;

II - Verificação pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do cumprimento dos requisitos de que tratam os arts. 560 e 561 desta Portaria; e

III - Publicação de portaria de homologação pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

§ 1º A homologação está condicionada:

I - À disponibilidade de recursos financeiros do Ministério da Saúde; e

II - À existência de produção no sistema de informação pertinente.

§ 2º O recebimento regular e automático do incentivo de custeio mensal diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para auxílio na manutenção dos serviços efetivamente implantados ocorrerá somente após a publicação da homologação por meio do Ministério da Saúde.” (NR)

“Subseção III

Do monitoramento do PMeC” (NR)

“Art. 563-A. A partir da homologação das equipes, o PMeC será monitorado e avaliado pelo Ministério da Saúde com base nas seguintes diretrizes:

I - Durante os seis primeiros meses após a homologação das equipes, o monitoramento realizado considerará apenas o envio de dados dos indicadores e a presença no CNES para fins de repasse do custeio federal;

II - Após os seis primeiros meses, será considerado o alcance das metas dos indicadores;

III - O monitoramento dos indicadores será realizado semestralmente, a partir dos dados enviados mensalmente por meio do sistema de informação vigente; e

IV - O Ministério da Saúde visitará anualmente, no mínimo, 3% (três por cento) dos municípios com SAD/PMeC habilitados, definidos por sorteio, a partir de situações identificadas por meio do sistema de informação, casos de denúncias ou solicitação do SAD.

§ 1º São indicadores a serem monitorados semestralmente pelos entes federados, de acordo com o perfil de seu município:

I - Percentual de usuários oriundos de hospital e/ou serviço de urgência:

- a) municípios com população até 100.000 (cem mil) habitantes: percentual maior que 40% (quarenta por cento);
- b) municípios com população acima de 100.000 (cem mil) até 500.000 (quinhentos mil) habitantes: percentual maior que 60% (sessenta por cento); e
- c) municípios com população acima de 500.000 (quinhentos mil) habitantes: percentual maior que 70% (setenta por cento);

II - Total de usuários atendidos pelo SAD por mês:

- a) meta de 50 (cinquenta) para EMAD tipo I; ou
- b) meta de 25 (vinte e cinco) para EMAD tipo II;

III - Percentual de usuários admitidos como AD2 e AD3 em relação ao total de usuários admitidos no SAD/PMec:

- a) em torno de 70% (setenta por cento) de AD2; e
- b) até 30% (trinta por cento) de AD3;

IV - Média de permanência estimada: 30 (trinta) a 60 (sessenta) dias para equipes clínicas generalistas; e

V - Percentual de desfecho alta: maior que 30% (trinta por cento) por mês.

§ 2º O número de atendimentos por mês será monitorado mensalmente no caso de EMAP-R, sendo o mínimo de 50 (cinquenta) por profissional todo mês.

§ 3º Não será exigido o indicador do inciso IV do § 1º quando houver equipes especializadas, como de cuidados paliativos, de ventilação mecânica domiciliar, dentre outras.

§ 4º Terão suas habilitações automaticamente revogadas, em função das irregularidades previstas no art. 307 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, sendo necessário novo processo de habilitação e homologação, as equipes:

I - Descadastradas do CNES por seis competências ou mais, seguidas ou não;

II - Sem produção no SISAB por seis competências ou mais, seguidas ou não; ou

III - Com suspensão de repasse de recursos de custeio por seis competências ou mais, seguidas ou não.

§ 5º Após a suspensão do repasse, o gestor terá até três meses para regularizar a situação da equipe.

§ 6º O Ministério da Saúde poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos e informações, bem como realizar vistorias remotas ou *in loco*, para fins de monitoramento dos requisitos de homologação.

§ 7º Em caso de não atingimento dos indicadores estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou a distância, para melhoramento desses parâmetros. ” (NR)

“Art. 563-B. O gestor de saúde estadual ou distrital poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos e informações, bem como realizar vistorias, para fins de monitoramento dos requisitos de habilitação.

§ 1º São diretrizes para as visitas de monitoramento remotas ou in loco a serem realizadas pelas Secretarias Estaduais ou Distrital de Saúde:

I - As visitas terão por objetivo a verificação do funcionamento adequado do SAD, considerando as normativas vigentes, o apoio no seu desenvolvimento e a qualificação a partir de orientações e norteamiento de ações;

II - As solicitações de visitas poderão ocorrer por demanda da própria Secretaria de Saúde, pelo SAD ou mesmo por denúncia, sendo a visita realizada de forma presencial ou virtual e, no mínimo, uma visita anual para cada SAD, conforme pactuação de agenda entre Secretaria Estadual e Secretaria Municipal de Saúde;

III - Deverá ser usado roteiro específico para as visitas; e

IV - Deverão ser enviados relatórios aos gestores locais com os apontamentos pertinentes, as inconsistências eventualmente detectadas e a indicação do prazo para os devidos ajustes.

§ 2º O relatório de que trata o inciso IV do § 1º também deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

§ 3º A descrição dos indicadores, do método de cálculo e das metas, o detalhamento do roteiro para as visitas, as implicações da ausência de cumprimento de metas e a presença de irregularidades identificadas in loco ou remotamente serão divulgados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde em documento específico. ” (NR)

Art. 2º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma:

I - R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;

II - R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e

III - R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) por mês para cada EMAP.

IV - R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) por mês para cada EMAP-R.

Parágrafo Único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.

§ 3º O município no qual o SAD/PMec implementar serviços de telessaúde terá um incentivo adicional de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), em parcela única, por município, mediante solicitação acompanhada de comprovação da implantação.

§ 4º Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios com serviços habilitados, por meio de portarias específicas do Ministério da Saúde. ” (NR)

“Art. 306. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 305 será condicionado ao cumprimento do disposto no Capítulo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017.” (NR)

“Art. 307. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos para a Atenção Domiciliar/PMeC nas seguintes situações:

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

II - Ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD, EMAP e EMAP-R, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, devidamente comprovada;

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

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

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do Ministério da Saúde, sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade.” (NR)

Art. 308. Além do disposto no art. 307, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 309. O monitoramento da Atenção Domiciliar (AD) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 310. Eventual complementação aos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, na CIR.

“Art. 311. Os recursos orçamentários, objeto da Atenção Domiciliar (AD), são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585.

Parágrafo único. Os recursos serão destinados ao custeio das EMAD, EMAP e EMAP-R cadastradas no CNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira, sendo

responsabilidade dos gestores dos estados, Distrito Federal e municípios a manutenção e atualização dessas informações.” (NR)

“Art. 312. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência regular e automática aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos no art. 305 desta Portaria.” (NR)

Art. 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias específicas para essa finalidade, observando-se o disposto nesta Portaria e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício.

Art. 4º Os ajustes nos sistemas de informação necessários à implantação do PMeC serão regulamentados por meio de portarias específicas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Art. 5º Ficam revogados os seguintes dispositivos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017:

I - § 2º do art. 538;

II - Incisos II e V do art. 544;

III - § 2º do art. 546;

IV - § 2º do art. 560; e

V - Seção IV do Capítulo III do Título IV.

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