



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

"Palácio 15 de Junho"

REQUERIMENTO Nº 645/2026

Requer informações ao Poder Executivo Municipal acerca do Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sua estrutura, funcionamento, número de pacientes atendidos, equipes profissionais e eventual habilitação junto ao Ministério da Saúde.

CONSIDERANDO que o atendimento domiciliar é uma importante ferramenta da rede pública de saúde, especialmente para pacientes que apresentam dificuldades de locomoção, necessitam de acompanhamento contínuo ou podem receber cuidados de saúde em suas próprias residências, contribuindo também para evitar internações desnecessárias e reduzir a permanência hospitalar; e

CONSIDERANDO que o município já disponibiliza atendimento domiciliar e que existe, no âmbito do Governo Federal, o Programa Melhor em Casa, torna-se importante conhecer a atual estrutura do serviço em Santa Bárbara d'Oeste, bem como verificar sua eventual habilitação junto ao Ministério da Saúde e a existência de recursos federais destinados ao seu custeio.

REQUEIRO que, nos termos do Art. 10, Inciso X, da Lei Orgânica do município de Santa Bárbara d'Oeste, combinado com o Art. 63, Inciso IX, do mesmo diploma legal, seja oficiado o Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal para que encaminhe a esta Casa de Leis as seguintes informações:

1. Santa Bárbara d'Oeste possui atualmente equipe habilitada pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)?
2. Em caso positivo, informar quantas equipes estão habilitadas, especificando se são Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e/ou Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);
3. Qual é a composição atual das equipes responsáveis pelo atendimento domiciliar, especificando as categorias e o número de profissionais envolvidos?
4. Quantos pacientes são atualmente acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar no município?
5. Qual é o número médio de atendimentos domiciliares realizados mensalmente?
6. Quais são os principais critérios utilizados para inclusão de pacientes no atendimento domiciliar?



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

"Palácio 15 de Junho"

7. O município recebe atualmente recursos financeiros do Governo Federal destinados ao custeio do Programa Melhor em Casa? Em caso positivo, informar os valores recebidos mensalmente ou anualmente;
8. Caso o município não possua atualmente equipe habilitada pelo Ministério da Saúde no Programa Melhor em Casa, informar quando ocorreu a última habilitação e qual foi o motivo da eventual descontinuidade;
9. Existe atualmente intenção ou planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para solicitar ou renovar a habilitação de equipes junto ao Ministério da Saúde?
10. Já houve deliberação da Comissão Intergestores Regional (CIR) ou da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) relacionada à habilitação ou ampliação do Programa Melhor em Casa no município? Em caso positivo, encaminhar cópia do respectivo documento;
11. Existe estudo ou planejamento para ampliar o número de pacientes atendidos pelo serviço de atenção domiciliar?
12. Em caso de possibilidade de habilitação ou ampliação do programa, quais seriam as providências necessárias por parte do Município e qual seria a estimativa de prazo para sua implementação?
13. Solicita-se, ainda, informar se o município possui atualmente estrutura, veículos e profissionais suficientes para ampliar o atendimento domiciliar e, caso não possua, quais seriam as necessidades identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
14. Demais informações que julgar pertinente.

Plenário "Dr. Tancredo Neves", 1 de outubro de 2026.

JUCA BORTOLUCCI
Vereador



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA BARBARA D'OESTE



Assinaturas Digitais

O documento acima foi proposto para assinatura digital na Câmara Municipal de De Santa Bárbara d'Oeste. Para verificar as assinaturas, clique no link:

<https://santabarbara.siscam.com.br/documentos/autenticar?chave=NZ4Y6988ZPX62EP5> ,

ou vá até o site <https://santabarbara.siscam.com.br/documentos/autenticar> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido:

Código para verificação: NZ4Y-6988-ZPX6-2EP5




JUCA BORTOLUCCI

Vereador

Assinado em 01/10/2026, às 15:11:13

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO Nº 8163/2026 01/10/2026 15:06 - CHAVE: NZ4Y-6988-ZPX6-2EP5