

**PROJETO DEVOLVIDO**



PROCESSO INTERNO

Nº ..... / 200 .....

# **Câmara Municipal de Guacuí**

**ESTADO DO ESPIRITO SANTO**

Nº do Protocolo: .....

Data da Entrada: ..... 28/03/2012 .....

**PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 004/2012**

***Ementa: Cria dentro da Lei Complementar nº 005/91, os cargos efetivos de Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias.***

**Autoria: Executivo Municipal**

**C Ó P I A**

## **A U T U A Ç Ã O**

Aos vinte e oito (28) dias do mês de março (03) de dois mil e doze (2012), nesta Secretaria, eu, Robson Dias Moura, Secretário, autuo os documentos que adiante se vêm, Eu Robson Dias Moura e subscrevo e assino.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

**CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20**

**Estado do Espírito Santo**

---

## **JUSTIFICATIVA**

*Exmo. Sr. Presidente e Nobres Vereadores,*

*Considerando a Emenda Constitucional 51 de 14 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a criação e regulamentação dos Cargos Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e sua forma de contratação;*

*Considerando a Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, que cria critérios para a regulamentação e contratação para os Cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias;*

*Considerando a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde voltadas à continuidade dos trabalhos desenvolvidos no Sistema Único de Saúde, garantidos pela Lei 8080 de 19 de setembro de 2006, que assegura que o SUS é direito de todos e dever do estado, garantido através de políticas públicas de atendimento;*

*Considerando a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dando continuidade a Portaria 648 de 28 de Março de 2006.*

*Considerando a necessidade de garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde das atividades do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dando segura e continuidades das atividades desenvolvidas;*

*Considerando que os trabalhos desenvolvidos pelos Agentes de Combate às Endemias, seja no combate a dengue, seja, no combate as endemias são fundamentais para o município, visando a segurança de nossos munícipes;*



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

**CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20**

**Estado do Espírito Santo**

---

*Considerando as capacitações ofertadas pelo Ministério da Saúde, Estado e Município a esses profissionais, com bom aproveitamento e tendo profundo conhecimento com o Sistema Único de Saúde;*

*Considerando a aprovação por unanimidade do Conselho Municipal de Saúde que aprovou a referida proposta de criação destes cargos e da comissão especial de avaliação para certificação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias;*

*Considerando ainda que o trabalho prestado por esses valorosos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias que são nosso elo entre usuários e o Sistema Único de Saúde e essas ações são fundamentais para a Saúde de nosso município, também visando garantir a esses profissionais continuidade do trabalho, o respeito a valorização e reconhecimento de todo o trabalho que os mesmos vem desenvolvendo. Tenho a honra de encaminhar à elevada deliberação dessa Nobre Câmara Municipal, o Anexo Projeto de Lei Complementar que visa à autorização Legislativa para a criação dentro de Lei Complementar 005/91 dos Cargos de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias e a criação da comissão especial de avaliação que disporá sobre a efetivação dos referidos profissionais, é fato reconhecer que este projeto de Lei é um sonho antigo tanto do executivo, quanto desta Augusta Casa de Leis e de todos aqueles que acreditam que o SUS é o melhor plano de saúde que existe.*

*Sem mais para o momento, espero contar com a colaboração dos Nobres Edis, na apreciação e aprovação com a máxima urgência assim aproveitamos para apresentar os nossos mais sinceros votos de estima e consideração.*

*Atenciosamente,*

**Vagner Rodrigues Pereira**  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20

Estado do Espírito Santo

## PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 004/2012

*Cria dentro da Lei Complementar nº 005/91, o cargo efetivo de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate de Endemias.*

*O Prefeito Municipal de Guaçuí, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, submete à apreciação do Plenário da Câmara Municipal de Guaçuí, Estado do Espírito Santo, o seguinte Projeto de Lei Complementar:*

**Artigo 1º** - *Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a criar dentro da Lei Complementar nº 005/91, que aprova o Plano de Carreira e Define o Sistema de Vencimento dos Servidores Públicos da Prefeitura Municipal de Guaçuí os cargos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, conforme segue abaixo:*

- *Agente Comunitário de Saúde:*  
*Quantitativo numérico: 75 ( setenta e cinco ) vagas*  
*Carreira: III*  
*Grau de Escolaridade exigido: Ensino Fundamental Completo, exceto nos casos previstos no parágrafo 1º do Artigo 6º da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006.*
- *Agente de Combate às Endemias:*  
*Quantitativo numérico: 35 ( trinta e cinco ) vagas*  
*Carreira: III*  
*Grau de Escolaridade exigido: Ensino Fundamental Completo, exceto nos casos previstos no parágrafo 1º do Artigo 6º da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006.*

**Parágrafo único** – *As atribuições e descrição dos cargos criados neste artigo, bem como os quantitativos, Grupo e Subgrupo acrescem o*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

**CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20**

**Estado do Espírito Santo**

*Anexo I da Lei nº 005/91 de 07 de janeiro de 1991, na forma estabelecida pelo Anexo I desta Lei, fazendo o mesmo parte integrante desta Lei.*

**Artigo 2º** - *A jornada de trabalho dos servidores ocupantes dos cargos criados no artigo anterior será de 40 ( quarenta ) horas semanais.*

**Artigo 3º** - *Fica acrescido ao Anexo II da Lei nº 005/91, de 07 de janeiro de 1991, a descrição sumária e os requisitos de ingresso dos cargos criados pelo artigo 1º desta Lei, conforme Anexo II.*

**Artigo 4º** - *Serão exigidos os seguintes requisitos de ingresso, que acrescem ao Anexo II desta Lei, que integrarão os Concursos Públicos para o provimento de cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, conforme versa a Lei 11.350/2006 de 05 de outubro de 2006:*

*I – residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;*

*II – haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;*

*III – haver concluído o ensino fundamental*

*§ 1º. Não se aplica a exigência do inciso I deste artigo para o cargo de Agente de Combate às Endemias.*

*§ 2º. Não se aplica a exigência do inciso III deste artigo aos profissionais que, na data da promulgação da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, estavam desempenhando, a qualquer título, atividades de Agente Comunitário de Saúde ou de Agente de Combate às Endemias, na forma do §1º, do Art. 6º e do Parágrafo único do artigo 7º da Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006.*

*§ 3º. Entende-se como área da comunidade, referida no inciso I deste artigo, a área de abrangência da unidade de Saúde ou território, cuja*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20

Estado do Espírito Santo

*circunscrição geográfica será definida através de Portaria do Secretário Municipal de Saúde, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.*

**Artigo 5º** - *O ingresso nos cargos públicos criados pelo artigo 1º desta Lei depende de aprovação prévia em Concurso Público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, constituindo das seguintes etapas:*

*I – Primeira etapa – prova objetiva de caráter eliminatório e classificatório;*

*II – Segunda etapa – prova de títulos de caráter classificatório, com as seguintes fases:*

- a) Tempo de experiência na atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate à Endemias prestado à qualquer título, na Administração Pública Direta ou Indireta do Estado, Distrito Federal ou Município, ou por em outras Instituições a esses conveniados;*
- b) Certificado de conclusão de curso de formação de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate à Endemias.*

*II – terceira etapa – curso introdutório de formação inicial de caráter eliminatório e classificatório.*

*Parágrafo único. As etapas previstas nos incisos deste artigo serão definidas e detalhadas em edital de Concurso Público.*

**Artigo 6º** - *Os cargos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias serão ocupados inicialmente pelos profissionais que se enquadram na situação prevista no parágrafo único do Artigo 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e parágrafo único do Artigo 9º da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, que ficam dispensados de se*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

**CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20**

**Estado do Espírito Santo**

---

*submeterem ao Concurso Público, desde que tenham sido submetidos a anterior processo de seleção pública, efetuados pelo Governo do Estado do Espírito Santo, pelo Município de Guaçuí ou por outras Instituições com a efetiva supervisão e autorização do Município de Guaçuí, ou aqueles que anterior a publicação da Emenda Constitucional 51 de 14 de fevereiro de 2006, estivessem exercendo os referidos cargos e que atende os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.*

*§ 1º. Os requisitos estabelecidos neste artigo serão apurados em processo administrativo individual, examinado por Comissão Especial, instituída pelo Secretário Municipal de Saúde e pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, com as seguintes atribuições:*

*I – Identificar e analisar a regularidade dos processos seletivos a que se refere o caput deste artigo;*

*II – certificar que o profissional se submeteu a anterior processo de seleção pública ou exercia a função de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, anterior a publicação da Emenda Constitucional 51/2006 e Lei 11.350/2006, para efeito da dispensa a que a que se refere o caput deste artigo;*

*III – Certificar as documentações dos profissionais, levando em consideração e existe falta grave que impeça a nomeação deste profissional.*

*§ 2º - Serão considerados como documentos comprobatórios para a certificação a que se refere o inciso II do § 1º deste artigo:*

*I – Publicação na Imprensa Oficial, para comprovação da divulgação do processo seletivo;*

*II – Edital, para comprovação dos requisitos para participação no processo seletivo;*

*III – divulgação do resultado final do processo seletivo, para comprovação de sua realização;*



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

**CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20**

**Estado do Espírito Santo**

---

*IV – Comprovante de escolaridade, devendo constar o ensino fundamental completo, exceto para os casos estabelecidos no parágrafo 1º do artigo 6º da Lei 11.350/2006;*

*V – Declaração do Coordenador do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Coordenador de Agente de Combate às Endemias, constando que o Agente não possui processo que impeça a certificação e que o mesmo cumpre os ditames estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.*

*VI – Declaração de tempo de serviço emitida pelo setor de Recursos Humanos do município.*

*VII – Cópia dos documentos pessoais dos Agentes com comprovante de residência em nome do referido Agentes ou declaração com firma reconhecida em cartório.*

*§ 3º - Na inexistência do documento referido no inciso I do § 2º, será considerado como comprobatório da divulgação do processo seletivo.*

*I – Declaração da Secretaria Municipal de Saúde, de que acompanhou a divulgação e realização dos processos seletivos;*

**Artigo 7º** - *Será publicada no Órgão de Imprensa Oficial do Município e em jornal de grande circulação, a relação dos candidatos que forem certificados pela comissão especial.*

*§ 1º - Será concedido aos profissionais referidos no artigo anterior, que não forem certificados por falta de documentação, o prazo de 30 ( trinta ) dias para apresentação dos documentos comprobatórios previstos nesta Lei, ou outros documentos que comprovem a sua participação em anterior processo de seleção pública, na forma do Artigo 6º desta Lei.*

*§ 2º - A documentação apresentada pelos profissionais referidos no § 1º deste artigo, será analisada criteriosamente pela Comissão Especial a*



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**

CNPJ/MF nº 27.174.135/0001-20

Estado do Espírito Santo

---

*que se refere esta Lei, que certificará ou não o profissional, de ter sido submetido a anterior processo de seleção pública, na forma do Artigo 6º desta Lei.*

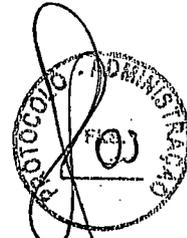
**Artigo 8º** - *O servidor público ocupante do cargo efetivo de Agente Comunitário de Saúde, perderá o cargo nas hipóteses previstas em Legislação Municipal e Federal, por não cumprimento ao disposto no inciso I do Artigo 4º desta Lei, e ainda em função de apresentação de declaração falsa de residência.*

**Artigo 9º** - *Os casos omissos deverão seguir os padrões pré-estabelecidos na Emenda Constitucional 51 de 14 de fevereiro de 2006 e da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, devendo ser devidamente julgados conforme requer o caso.*

**Artigo 10** - *Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.*

*Guaçuí - ES, em 28 de março de 2012.*

**Vagner Rodrigues Pereira**  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUACUÍ

Estado do Espírito Santo

## Secretaria Municipal de Saúde

Processo N. 1185/12 Data 06/03/12

Interessado: Sec. Saúde

Favorecido: \_\_\_\_\_

### ASSUNTO

Projeto de Lei para regulamentação e contratação dos cargos de ACS e ACG.

DATA	DESTINO	DATA	DESTINO
<u>06/03/12</u>	<u>Procuradoria</u>		

Empenho N. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Valor: \_\_\_\_\_

Ordem de Pagamento N. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Dotação: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ**  
Estado do Espírito Santo  
Secretaria Municipal de Saúde



**OFÍCIO:065/2012/SEMUS**

Guaçuí-ES, 06 de março de 2012

URGENTE

Prezado Senhor,

Venho pelo presente solicitar Vossa Excelência que encaminhe em caráter emergencial aos órgãos competentes o Projeto de Lei que cria critérios para a regulamentação e contratação para os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias previsto na Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 e Emenda Constitucional 51.

Na certeza do pronto atendimento apresentamos nossos sinceros votos de estima e consideração.

Respeitosamente,

  
Edielson de Souza Rodrigues  
Secretário Municipal de Saúde

Ao Exmº. Prefeito Municipal de Guaçuí  
Sr. Vagner Rodrigues Pereira

## PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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 a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, 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 as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente,

ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;
- II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;
- III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;
- IV - 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e
- V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º - Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na

Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

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

Art. 5º Fica revogada as Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária,

considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde

ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas

e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo

do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado

integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção

técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação

dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

#### DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas

condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das

necessidades de saúde dos usuários.

#### DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;

VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;

IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e

XIII - estimular a participação popular e o controle social. Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

IV - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

V - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção

Básica transferidos aos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e

XII - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia

prioritária de organização da atenção básica;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;

II - as Unidades Básicas de Saúde:

a) devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

2.1. as Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

2.1.1. quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente;

d) recomenda-se que estas possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde:

IV - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

VIII - garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Educação permanente das equipes de Atenção Básica A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante

próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que

possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós crítico (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção

Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades

singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de

vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso

com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado,

proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

#### Das atribuições específicas

##### Do enfermeiro:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou

do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

#### Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

#### Do Médico:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento

da USB. Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
  - II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
  - III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
  - IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
  - V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
  - VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
  - VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
  - VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.
- É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. Do Cirurgião-Dentista:
- I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
  - II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
  - III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
  - IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
  - V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de

produtos e resíduos odontológicos. Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Especificidades da Estratégia de Saúde da Família. A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com

um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de

vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma

equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o

número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico e preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que nos casos previstos nos itens b e c, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a 2 (duas) e 3 (três) equipes de saúde da família, respectivamente.

As equipes de saúde da família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Independente da modalidade adotado, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos

odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo). Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de

Saúde É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e

III - o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

O enfermeiro da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

Equipes de atenção básica para populações específicas

1. Equipes do consultório na rua A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pôde-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de saúde da família para vinculação ao NASF.

Em Municípios ou áreas que não tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os núcleos de apoio a saúde da família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos consultórios na rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da Unidade Móvel. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual.

O Ministério da Saúde publicará Portaria Específica e Manual Técnico disciplinando composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

2. Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país: I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso

se dá por meio fluvial; e

II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) microscopista, nas regiões endêmicas. As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme modalidades I e II descritas anteriormente.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF

pode atuar mais de uma ESFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II - nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento,

aprovada na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

III - adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica pelas equipes visando minimamente a continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados;

IV - delimitar área de atuação com população adscrita, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea II;

V - as equipes que trabalharão nas UBSF deverão garantir as informações referentes à sua área de abrangência. No caso de prestar serviços em mais de um município, cada município deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: Consultório médico; Consultório de enfermagem; Consultório Odontológico; Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; Laboratório; Sala de vacina; Banheiros; Expurgo; Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; Cozinha; Sala de procedimentos; Identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente; e

II - quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: Maca ginecológica; Balança Adulto; Balança Pediátrica; Geladeira para vacinas; Instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; Equipamentos diversos: sonar, esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, Equipo odontológico completo e instrumentais.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do o valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas conforme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de am-	Máximo
Agente Comunitário de Saúde	trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. Técnico de Enfermagem	ou trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico de Saúde Bucal	em trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	01 (um)
Enfermeiro	trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02 (dois)

Para implantar Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos Municípios onde o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser substituídas pela nova modalidade de equipe mediante aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os Municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s)

unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando a

para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo

de trabalho das equipes e etc. Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território.

Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinelas e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal

menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico

Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitário, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e

das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF 1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apóiam.

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendado a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde. Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada pólo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(o) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da academia da saúde.

Quanto ao NASF, compete as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados: propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

II - selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e

III - disponibilizar espaço físico adequado nas UBS, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a

equipe de NASF.

## Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;

II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens. A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e coresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa. Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do bloco

de atenção básica:

### 1. Implantação e Credenciamento

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - realizar projeto(s) de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;

II - aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às

equipes efetivamente implantadas; e

IV - solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto

inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

Para Implantação e Credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão:

I - analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

II - após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

III - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de desc credenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e

V - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal

e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: o número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

B) Agentes Comunitários de Saúde: o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população /400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280.

C) NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família: o número máximo de NASF I aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Amazônia Legal = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

D) O teto máximo de Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de consultório na rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

3. Do Financiamento da Atenção Básica O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite. No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento

pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de

Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos

Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo. Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O financiamento federal desta política é composto por:

A) Recursos per capita;

B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;

C) Recursos de investimento;

D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

A) Recurso per capita

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação. Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles: Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de

Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colégio Gestor do Distrito Federal.

Assim os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco de AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas: projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde: Recursos destinados à estruturação da rede de serviços da atenção básica publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Recursos de Investimento/Estruturação: São recursos destinados a estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que podem ser repassados aos municípios/ estados fundo a fundo ou através de convênio.

Recursos de Implantação: Na implantação das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anteriormente.

D) Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF: I.1. - Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios: I - estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e II - estiverem implantadas em municípios não incluídos na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (sete ta)

pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II - pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III - estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

1.2. Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

1.3. As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

1.3.1 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.2. 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.3. 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03 equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.4. 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Programa de melhoria de acesso e da qualidade. Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - a modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II - a modalidade de toda a equipe de saúde da família, conforme descrito acima e

relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

2. Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais 2.1 Equipes Saúde da Família Ribeirinhas; os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais: os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica. 3. - Equipes Consultório na Rua

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus será definido em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe de consultório de rua.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo Município, do cadastramento da equipe consultório de rua no sistema de Cadastro Nacional vigente e da alimentação de dados no Sistema de Informação indicado pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

4. Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria

específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados

nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros.

5. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

6. Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar

O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas. Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem :

I - transferir os dados mensalmente, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e

II - a transferência dos dados para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para à Atenção Básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde. Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV - ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

Especificamente para as equipes de saúde da família com os profissionais de saúde bucal: As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade

de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

I - inexistência de no mínimo 02 (duas) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 hab. Da Amazônia Legal ou;

II - inexistência de no mínimo 04 (quatro) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País ou; e

III - inexistência de no mínimo 01 (uma) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as Equipes completas de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 (sessenta) dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua: Ausência de vinculação a Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá

efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;

II - imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada,

se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação

de processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na portaria no. 3462 de 11 de novembro de 2010; e

II- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio a saúde da família deve conter:

I - O território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;

II - Infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

III - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

V - Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

VI - Processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;

VII - A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;

VIII - Implantação do sistema de Informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

IX - Processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;

X - A contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e

XI - No caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, as identificações das Equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS. O NASF será cadastrado SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

ANEXO III

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

UF: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO IBGE: \_\_\_\_\_  
COMPETÊNCIA(S): \_\_\_\_\_ TIPO DE INCENTIVO: \_\_\_\_\_

ESF ( ) \_\_\_\_\_ ACS ( ) \_\_\_\_\_ ESB mod. \_\_\_\_\_ I ( ) \_\_\_\_\_ II ( )  
) \_\_\_\_\_ UOM (

) \_\_\_\_\_ ESFPR ( ) \_\_\_\_\_ ESFPRSB ( ) \_\_\_\_\_ ESFF ( ) \_\_\_\_\_ ESFFSB  
( ) \_\_\_\_\_ NASF tipo \_\_\_\_\_ I (

) \_\_\_\_\_ II ( )

CÓDIGO DO CNES: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO DA  
EQUIPE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SISTEMA: \_\_\_\_\_

NOME DOS PROFISSIONAIS CATEGORIA PROFISSIONAL CPF

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Marcar se é relativo à equipe de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, equipe de Saúde Bucal

modalidade I ou II, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha, equipe de Saúde da Família População

Ribeirinha com Saúde Bucal, equipe de Saúde da Família Fluvial, equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio

à Saúde da Família tipo I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna

anterior.

CPF: Informar o CPF dos profissionais das Equipes que foram suspensas.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ SECRETÁRIO DE SAÚDE  
DO ESTADO:

Lei nº 11350 de 05/10/2006 / PL - Poder Legislativo Federal  
(D.O.U. 06/10/2006)

**Agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.**

Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

LEI No- 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

(Ver Portaria MS nº 630 de 2011) | (Ver Instrução Normativa SRF nº 971 de 2009) | (Ver Lei nº 11784 de 2008) | (Ver Medida Provisória nº 431 de 2008)

Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Faço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1o As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2o O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3o O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4o O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art. 5o O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3o e 4o desta Lei e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do caput do art. 6o e I do caput do art. 7o desta Lei, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6o O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1o Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III do caput deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2o Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se

refere o inciso I do caput deste artigo, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II do caput deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição Federal, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput deste artigo.

Art. 10. A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei no 9.801, de 14 de junho de 1999; ou
- IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em 30 (trinta) dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do caput do art. 6º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 11. Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI do caput e parágrafo único do art. 16 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o caput deste artigo aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei no 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

Art. 12. Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o caput do art. 9º desta Lei.

§ 1º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de atestar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no caput deste artigo.

§ 2º A comissão será integrada por 3 (três) representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art. 13. Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 desta Lei poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

Art. 15. Ficam criados 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11 desta Lei, com retribuição mensal estabelecida na forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com a contratação desses profissionais.

§ 1º A FUNASA, em até 30 (trinta) dias, promoverá o enquadramento do pessoal de que trata o art. 12 desta Lei na tabela salarial constante do Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de despesa.

§ 2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no caput deste artigo a indenização de campo de que trata o art. 16 da Lei no 8.216, de 13 de agosto de 1991.

§ 3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no caput deste artigo na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

Art. 16. Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Art. 17. Os profissionais que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, exerciam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art. 9º desta Lei poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas no cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 18. Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art. 15 desta Lei e preenchidos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

Art. 19. As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art. 15 desta Lei correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21. Fica revogada a Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002.

Congresso Nacional, em 5 de outubro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

Senador RENAN CALHEIROS

Presidente da Mesa do Congresso Nacional

ANEXO

(Ver Lei nº 11784 de 2008) | (Ver Medida Provisória nº 431 de 2008)

AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS		
CLASSE	NÍVEL	SALÁRIO - 40 HS
D	20	1.180,99
	19	1.152,18
	18	1.124,08
	17	1.096,67
	16	1.069,92
C	15	1.018,97
	14	994,12
	13	969,87
	12	946,21
	11	923,14
B	10	879,18
	9	857,73
	8	836,81
	7	816,40
	6	796,49
A	5	758,56
	4	740,06
	3	722,01
	2	704,40
	1	687,22

Voltar



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

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 51, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2006**

Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O art. 198 da Constituição Federal passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 4º, 5º e 6º:

"Art. 198. ....

.....

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício." (NR)

Art 2º Após a promulgação da presente Emenda Constitucional, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Os profissionais que, na data de promulgação desta Emenda e a qualquer título, desempenharem as atividades de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, na forma da lei, ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição Federal, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de Seleção Pública efetuado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação.

Art. 3º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, em 14 de fevereiro de 2006

**Mesa da Câmara dos Deputados**

Deputado ALDO REBELO  
Presidente

Deputado JOSÉ THOMAZ NONÔ  
1º Vice-Presidente

Deputado CIRO NOGUEIRA  
2º Vice-Presidente

**Mesa do Senado Federal**

Senador RENAN CALHEIROS  
Presidente

Senador TIÃO VIANA  
1º Vice-Presidente

Senador ANTERO PAES DE BARROS  
2º Vice-Presidente

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA  
1º Secretário

Deputado NILTON CAPIXABA  
2º Secretário

Deputado JOÃO CALDAS  
4º Secretário

Senador EFRAIM MORAIS  
1º Secretário

Senador JOÃO ALBERTO SOUZA  
2º Secretário

Senador PAULO OCTÁVIO  
3º Secretário

Senador EDUARDO SIQUEIRA CAMPOS  
4º Secretário

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. 15.2.2006

**LEI Nº 8.080 - DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - DOU DE 20/9/90 - LEI  
ORGÂNICA DA SAÚDE**

*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

*O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:*

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO I  
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e

indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

## **CAPÍTULO I** **Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## **CAPÍTULO II**

### **Dos Princípios e Diretrizes**

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### **CAPÍTULO III** **Da Organização, da Direção e da Gestão**

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. **Incluído pela LEI Nº 12.466, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - DOU DE 25/08/2011**

## **CAPÍTULO IV** **Da Competência e das Atribuições**

### **Seção I** **Das Atribuições Comuns**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **Seção II Da Competência**

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;

- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

#### **CAPÍTULO V** **Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena** **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. **(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)**

#### **CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)**

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. **(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)**

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. **(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)**

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. **(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)**

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. **(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)**

#### **CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)**

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)**

§ 1º. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. **(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)**

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. **(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)**

Art. 19-L. (VETADO) **(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)**

## CAPÍTULO VIII

### DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE

### TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.”

“Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.”

“Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.”

"Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde."

"Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível."

"Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO).”

“Art. 19-S. (VETADO).”

“Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

“Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite.”

*Obs. Arts. 19-M ao 19-U acrescidos pela Lei nº 12.401, de 28.4.2011, p. DOU de 29.4.2011, entrando em vigor 180 dias após a data de sua publicação.*

### **TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

#### **CAPÍTULO I Do Funcionamento**

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º. Exceção-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Participação Complementar**

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

## **TÍTULO IV**

### **DOS RECURSOS HUMANOS**

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## **TÍTULO V DO FINANCIAMENTO**

### **CAPÍTULO I Dos Recursos**

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

## **CAPÍTULO II**

### **Da Gestão Financeira**

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### **CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento**

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

**FERNANDO COLLOR**  
*Alceni Guerra*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 20.9.1990



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

## PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

---

Projeto de Lei Complementar nº 004/12

### PARECER JURÍDICO

#### I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Quando nos referimos a “contratação” de um servidor com o Poder Público, somos impelidos ao comando do Art. 37 da Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988.

O fato de “contratar” profissionais para prestação de Serviços Públicos através do Programa de Saúde da Família - PSF criado pelo SUS, tem sido um assunto por demais debatido na esfera jurídica sobre a legalidade ou não dos atos praticados pela Administração Pública à luz do comando matricial.

Convém destacar numa breve análise do tema em debate, que o inciso II do art. 37 da Carta Magna que trata do provimento originário dos cargos públicos, manda a Administração Pública obedecer os Princípios da Legalidade, da Impessoalidade, da Moralidade, da Publicidade e Eficiência. Isto posto, a regra é o CONCURSO PÚBLICO de provas ou

de provas e títulos, mas quando se trata de provimento de cargos de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, surge a EXCESSÃO A REGRA.

O Princípio da Acessibilidade ao cargo público ( Inciso I, do Art. 37 da CF.), visa essencialmente a realizar o Princípio do mérito, que se apura mediante a investidura, através de concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas a nomeações para cargo em comissão “ Ad nutum”.

## II - A EC Nº 51/2006 e a LEI Nº 11.350/2006

Com o advento da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, acrescenta-se os §§ 4º, 5º e 6º no texto do art. 198 da Constituição Federal, e objetivamente altera-se as regras do inciso II do Art. 37 da Constituição Federal, implantando o novo comando - O PROCESSO SELETIVO PÚBLICO destinado aos gestores do SUS - Sistema Único de Saúde, permitindo-lhes a admissão de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combates às Endemias – ACE's. Vejamos:

Diz assim o § 4º:

*“ Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias por meio de processo seletivo público, de acoro com a natureza ecomplexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação.”*

A Lei Federal nº 11.350 , editada em 05 de outubro de 2006, regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias- ACE's e dispõe sobre o regime jurídico desses servidores. Desde então, não se pode mais confundir concurso público com processo seletivo público. Vale destacar, a bem da verdade, que esta alteração do Inciso II do Art. 37 da Constituição Federal, surgiu dada impossibilidade jurídica-constitucional da realização de concurso público para solucionar situação de mais de 5 (cinco) mil servidores da FUNASA. E, ao estabelecer para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde –ACS a “*conditio sine qua non*” ( *residir na area da comuniade em que atuar – inciso I, do art. 6º da lei nº 11.350/06*), o legislador ofende o Princípio da isonomia e Acessibilidade aos cargos públicos. Daí, o critério de Seletividade. Polemico, porém necessário para exercício desta atividade.

Agora, há duas modalidades de investidura em Cargo ou emprego público: *Concurso Público de provas ou de provas e títulos* e *Processo Seletivo Público de provas ou de provas e títulos*, este visa apenas atender os Programas do PSF / SUS, especificamente nos casos e Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades. Aquele nos demais casos desde que atenda aos princípios da legalidade, impessoalidade , moralidade, publicidade e eficiência de acordo com o Art. 9º da Lei nº 11.350. No caso específicos de agentes comunitários e agentes de combates às endemias e vedado as nomeações para cargo em comissão “ Ad Nutum”.

### III - DOS CRITÉRIOS LEGAIS

**Quanto aos critérios para contratação:** Através de Processo Seletivo Público. Aplica-se a regra do Parágrafo Único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51/06, observado o comando do Art. 6º, 7º, 9º, 12 e 17 da lei nº 11.350/06. Destacamos que nos casos de Agentes Comunitários de Saúde - ACS exige-se que o(s) candidato(s) resida(m) na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo, (Inciso I do art. 6º da lei nº 11.350/06) e, nos casos de Agentes de Combate às Endemias – ACE's não é necessário residir na área onde vai atuar. É Vedada a contratação temporária ou terceirizada, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

**Quanto a Rescisão Contratual:** O agentes gestor local do SUS, poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o Regime Jurídico de trabalho adotado, desde que ocorra as hipóteses previstas no Art. 10 da lei nº 11.350/2006.

**Quanto ao Regime Jurídico:** Os Agentes Comunitários de Saúde ACS e os Agentes de Combates às Endemias–ACE's, admitidos pelos gestores locais do SUS, na forma do disposto no § 4º do Art. 198 da CRFB/88, acrescentado pela EC nº 51, submetem-se ao Regime Jurídico da CLT – Consolidação das leis Trabalhistas, salvo se, nos casos dos Estados, do DF e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa. No caso, a Administração Pública Municipal, através da Lei Municipal nº 1983/90 dispõe sobre o Regime Estatutário.

**Quanto a Estabilidade:** A lei nº 11.350/06, em vários dispositivos refere-se a contratação. Neste sentido, aponta aos gestores do SUS que não dispõe de regime jurídico próprio as regras da Consolidação das Leis Trabalhistas. No caso em análise, o Município de Guaçuí, gestor público local do SUS à época da promulgação da EC 51 e Lei nº 11.350, já possuía o Regime Estatutário. Sendo assim, os ACS e ACE's que forem contratados enquandram-se no Regime Estatutário do Município e submetem-se as regras jurídicas contidas no ESTATUTO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL ( Lei Municipal nº 1.983/90).

Neste caso, tendo optado o Município pelo regime estatutário, a concretização da relação jurídica entre o Poder Público Municipal e o servidor, seja ACS ou ACE's dar-se-á com a assinatura do TERMO DE POSSE. No entendimento deste parecerista, o Agente Comunitário de Saúde-ACS e o Agente Combate às Endemias – ACE's deverá ser “nomeado” e não contratado, bem como tomar posse do cargo ou emprego público criado, onde exercerá sua “ *função de agente público*” para o qual foi selecionado, devendo o ato da administração ser registrado em livro próprio ou publicado através de decreto.

#### IV - CONCLUSÃO

Ante o exposto, nos termos da Emenda Constitucional nº 51/06 e Lei Federal nº 11.350/06, os Agentes Comunitários de Saúde - ACS e os Agentes de Combates as Endemias – ACE's, como prestadores de serviços públicos têm agora reconhecidos por lei sua “profissão” e amparo legal para o exercício de suas atividades, garantida a

estabilidade no emprego público após decorridos 3 anos de efetivo exercício, com aplicação analógica do art. 41 da Constituição Federal.

In verbis:

*“ São estáveis após 03 (três) anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público.”*

É o parecer com as minhas homenagens de estilo.

Guaçuí-ES, 23 de março de 2011.



---

Dr. Mário Silva Filho

Procurador Geral do Município Interino.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNPJ nº 27.174.135/0001-20

---

OF/PGM/N.º 052/2012/PMG.

Guaçuí - ES, 10 de abril de 2012.

Do: Procurador Geral do Município  
Dr. MÁRIO SILVA FILHO

Ao: Chefe de Gabinete da Presidência da Câmara Municipal de Guaçuí.  
Dr. MARCO ANTÔNIO COSTA

Prezado senhor:

Objetiva o presente, solicitar de Vossa Senhoria, a devolução para maiores estudos, do Projeto de Lei Complementar nº 004/12 - ***Cria dentro da Lei Complementar nº 005/91, o cargo efetivo de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate de Endemias.***

Sendo só para o momento, valho-me do ensejo para apresentar à Vossa Excelência minhas,

Cordiais Saudações

**MÁRIO SILVA FILHO**  
Procurador Geral do Município



**Câmara Municipal de Guaçuí**  
**Estado do Espírito Santo**

OF. /GP/CMG/081/12.

Guaçuí-ES, 10 de abril de 2012.

Do: **Chefe de Gabinete da Câmara Municipal de Guaçuí-ES.**  
**Marco Antonio Costa**

Ao: **Exmo. Sr. Procurador do Município de Guaçuí-ES.**  
**Dr. Mário Silva Filho**

Assunto: **Devolução de Projetos de Lei à Procuradoria do Município**

Senhor Procurador:

Cumprimentando-o respeitosamente, e em atendimento à solicitação do ofício OF/PGM/N.052/2012/PMG estamos devolvendo 01 (um) Projeto de Lei de autoria do Executivo, a saber:

- **Projeto de Lei Complementar 004/2012** – Cria o dentro da Lei Complementar nº 005/91, o cargo efetivo de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate de Endemias.

Sem mais, apresento meus protestos de elevada estima e consideração.

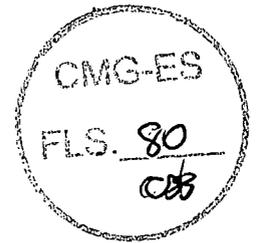
Atenciosamente.

MARCO ANTONIO COSTA  
CHEFE DE GABINETE DA CMG

RECEBI(EMOS)  
Guaçuí-ES, 10/04/12

*Impresso em papel reciclado.*

Praça João Acácinho, 02, 1º andar - Guaçuí-ES  
CEP 29560-000 - Telefax (28)3553-1540.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ PROCURADORIA GERAL DO MUNICIPIO**

---

Projeto de Lei Complementar nº 004/12

### **PARECER JURÍDICO**

#### **I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Quando nos referimos a “contratação” de um servidor com o Poder Público, somos impelidos ao comando do Art. 37 da Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988.

O fato de “contratar” profissionais para prestação de Serviços Públicos através do Programa de Saúde da Família - PSF criado pelo SUS, tem sido um assunto por demais debatido na esfera jurídica sobre a legalidade ou não dos atos praticados pela Administração Pública à luz do comando matricial.

Convém destacar numa breve análise do tema em debate, que o inciso II do art. 37 da Carta Magna que trata do provimento originário dos cargos públicos, manda a Administração Pública obedecer os Princípios da Legalidade, da Impessoalidade, da Moralidade, da Publicidade e Eficiência. Isto posto, a regra é o CONCURSO PÚBLICO de provas ou

1

de provas e títulos, mas quando se trata de provimento de cargos de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, surge a EXCESSÃO A REGRA.

O Princípio da Acessibilidade ao cargo público ( Inciso I, do Art. 37 da CF.), visa essencialmente a realizar o Princípio do mérito, que se apura mediante a investidura, através de concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas a nomeações para cargo em comissão “ Ad nutum”.

## II - A EC Nº 51/2006 e a LEI Nº 11.350/2006

Com o advento da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, acrescenta-se os §§ 4º, 5º e 6º no texto do art. 198 da Constituição Federal, e objetivamente altera-se as regras do inciso II do Art. 37 da Constituição Federal, implantando o novo comando - O PROCESSO SELETIVO PÚBLICO destinado aos gestores do SUS - Sistema Único de Saúde, permitindo-lhes a admissão de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combates às Endemias – ACE's. Vejamos:

Diz assim o § 4º:

*“ Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação.”*

A Lei Federal nº 11.350 , editada em 05 de outubro de 2006, regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias- ACE's e dispõe sobre o regime jurídico desses servidores. Desde então, não se pode mais confundir concurso público com processo seletivo público. Vale destacar, a bem da verdade, que esta alteração do Inciso II do Art. 37 da Constituição Federal, surgiu dada impossibilidade jurídica-constitucional da realização de concurso público para solucionar situação de mais de 5 (cinco) mil servidores da FUNASA. E, ao estabelecer para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde –ACS a "*conditio sine qua non*" ( *residir na area da comuniade em que atuar – inciso I, do art. 6º da lei nº 11.350/06*), o legislador ofende o Princípio da isonomia e Acessibilidade aos cargos públicos. Daí, o critério de Seletividade. Polemico, porém necessário para exercício desta atividade.

Agora, há duas modalidades de investidura em Cargo ou emprego público: *Concurso Público de provas ou de provas e títulos* e *Processo Seletivo Público de provas ou de provas e títulos*, este visa apenas atender os Programas do PSF / SUS, especificamente nos casos e Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades. Aquele nos demais casos desde que atenda aos princípios da legalidade, impessoalidade , moralidade, publicidade e eficiência de acordo com o Art. 9º da Lei nº 11.350. No caso específicos de agentes comunitários e agentes de combates às endemias e vedado as nomeações para cargo em comissão " Ad Nutum".



### III - DOS CRITÉRIOS LEGAIS

**Quanto aos critérios para contratação:** Através de Processo Seletivo Público. Aplica-se a regra do Parágrafo Único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51/06, observado o comando do Art. 6º, 7º, 9º, 12 e 17 da lei nº 11.350/06. Destacamos que nos casos de Agentes Comunitários de Saúde - ACS exige-se que o(s) candidato(s) resida(m) na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo, (Inciso I do art. 6º da lei nº 11.350/06) e, nos casos de Agentes de Combate às Endemias – ACE's não é necessário residir na área onde vai atuar. É Vedada a contratação temporária ou terceirizada, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

**Quanto a Rescisão Contratual:** O agentes gestor local do SUS, poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o Regime Jurídico de trabalho adotado, desde que ocorra as hipóteses previstas no Art. 10 da lei nº 11.350/2006.

**Quanto ao Regime Jurídico:** Os Agentes Comunitários de Saúde ACS e os Agentes de Combates às Endemias–ACE's, admitidos pelos gestores locais do SUS, na forma do disposto no § 4º do Art. 198 da CRFB/88, acrescentado pela EC nº 51, submetem-se ao Regime Jurídico da CLT – Consolidação das leis Trabalhistas, salvo se, nos casos dos Estados, do DF e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa. No caso, a Administração Pública Municipal, através da Lei Municipal nº 1983/90 dispõe sobre o Regime Estatutário.



**Quanto a Estabilidade:** A lei nº 11.350/06, em vários dispositivos refere-se a contratação. Neste sentido, aponta aos gestores do SUS que não dispõe de regime jurídico próprio as regras da Consolidação das Leis Trabalhistas. No caso em análise, o Município de Guaçuí, gestor público local do SUS à época da promulgação da EC 51 e Lei nº 11.350, já possuía o Regime Estatutário. Sendo assim, os ACS e ACE's que forem contratados enquandram-se no Regime Estatutário do Município e submetem-se as regras jurídicas contidas no ESTATUTO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL ( Lei Municipal nº 1.983/90).

Neste caso, tendo optado o Município pelo regime estatutário, a concretização da relação jurídica entre o Poder Público Municipal e o servidor, seja ACS ou ACE's dar-se-á com a assinatura do TERMO DE POSSE. No entendimento deste parecerista, o Agente Comunitário de Saúde-ACS e o Agente Combate às Endemias – ACE's deverá ser “nomeado” e não contratado, bem como tomar posse do cargo ou emprego público criado, onde exercerá sua “ *função de agente público*” para o qual foi selecionado, devendo o ato da administração ser registrado em livro próprio ou publicado através de decreto.

#### IV - CONCLUSÃO

Ante o exposto, nos termos da Emenda Constitucional nº 51/06 e Lei Federal nº 11.350/06, os Agentes Comunitários de Saúde - ACS e os Agentes de Combates as Endemias – ACE's, como prestadores de serviços públicos têm agora reconhecidos por lei sua “profissão” e amparo legal para o exercício de suas atividades, garantida a

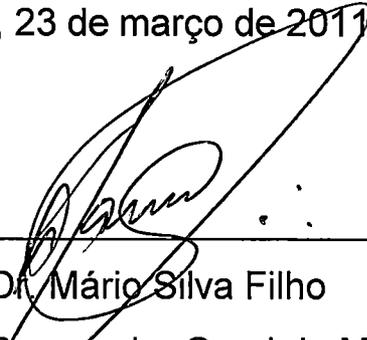
estabilidade no emprego público após decorridos 3 anos de efetivo exercício, com aplicação analógica do art. 41 da Constituição Federal.

In verbis:

*“ São estáveis após 03 (três) anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público.”*

É o parecer com as minhas homenagens de estilo.

Guaçuí-ES, 23 de março de 2011.



---

Dr. Mário Silva Filho

Procurador Geral do Município Interino.