



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 04

do processo nº 01-PL 267 de 2016 22, 6, 16 (a)

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE: 21 JUN 2016
Const., Just. e Lec. Particp.,
Administração Pública,
Saúde, Prom. Soc., Trab., Idoso e Mulher,
Finanças e Orçamento,

PRESIDENTE

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras
Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

22, JUN, 2016



Antonio Isoldi Caleari

Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo - SGP.22

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO			
SETOR DE PESQUISA E ASSESSORIA DE ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSITURAS			
EM	23/06/16	AO	11 HS
POR	Líria		
SAÍDA	04/08/16	15h	SS: Líria

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
Sequem, juntados nesta data	Propor para informação Documento rubricados sob
Folhas de nºs	em
05 a 46	04/08/16



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 05 fls. 7
Proc. Nº. 267/16
Liv
Livia Salomão Nogueira
RF 11.774

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL Nº 267/16

Realizada a pesquisa, a respeito do assunto foi localizado o seguinte:

- Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

- Decreto Federal nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

- Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;

- Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que 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 Agente Comunitário de Saúde (PACS);

- Portaria do Ministério da Saúde nº 1.378, de 09 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

- Portaria do Ministério da Saúde nº 1.498, de 19 de julho de 2013, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo território Nacional;

- Lei Municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo;

- PL 243/16, que institui o Programa de Vacinação para colaboradores do Sistema de Transporte, Professores e Profissionais que atuam junto ao Poder Público;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
PROCURADORIA**

Folha 06
Proc. N°. 267 / 16
LSJ
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

fls. 8

- PL 175/16, que estabelece diretrizes para a implantação do programa Saúde Escola no Município de São Paulo.

A pesquisa legislativa constatou a existência da PL 243/16, que também prevê a aplicação da vacina da gripe aos professores. No entanto, a proposta em análise prevê a vacinação não apenas da vacina da gripe, mas de vacinas em geral à todos os profissionais da educação municipal.

Pelas razões expostas não se aplica a restrição constante do art. 212, inciso IV, do Regimento Interno, segundo o qual serão devolvidas ao autor as proposições que disponham no sentido de lei existente.

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

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 04.

São Paulo, 02 de agosto de 2016.


Juliana Trindade von T Eberlin
Procuradora Legislativa
OAB/SP 232.414


Christiana Samara Chebib Lienert
Procuradora Supervisora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia
OAB/SP 244.472

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975.

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Art 1º Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde, coordenará as ações nas áreas relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravos à saúde decorrentes de calamidades públicas, o Ministério da Saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização dos recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

TÍTULO

Da Ação de Vigilância Epidemiológica

Art. 2º A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e condenação.

§ 2º A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

TÍTULO I

Do Programa Nacional de Imunizações

Art. 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos, entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Art. 4º O Ministério da Saúde coordenará e apoiará, técnica, material e financeiramente, a execução do programa, em âmbito nacional e regional.

§ 1º As ações relacionadas, com a execução do programa, são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e assumir suas execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justificarem.

§ 3º Ficará, em geral, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Central de Medicamentos, o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados.

Art 5º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestado de Vacinação

§ 2º O Atestado de Vacinação, em qualquer caso, será fornecido gratuitamente, com prazo determinado, não podendo ser retido, por nenhum motivo, por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

Art. 6º Os governos estaduais, com audiência prévia do Ministério da Saúde, poderão propor medidas complementares visando ao cumprimento das vacinacões, obrigatórias por parte da população, no âmbito territoriais.

Parágrafo único. As medidas de que trata este artigo serão observadas pelas entidades federais municipais, públicas e privadas, no âmbito do respectivo Estado.

TÍTULO III

Da Notificação Compulsória de Doenças

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação atualizada periodicamente;

§ 1º Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de "agravamento da saúde".

§ 2º O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência: constantes da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art. 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, considerado presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde presuntivos, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares da profissão, de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, e, no caso de ausência de notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o disposto no inciso I do art. 1º, a autoridade sanitária local poderá solicitar a confirmação de fato, considerado presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde presuntivos, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares da profissão, de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art 9º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória de cumprimento desta Lei.

Art. 10. A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nessas autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da Sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

Art. 11. Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação e, pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos ep[ist]emol[ógicos] junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção pública.

Art 12. Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou de outros procedimentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais ou ao ambiente.

Art 13. As pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.

TÍTULO IV

Disposições Finais

1 Art 14. A inobservância das obrigações estabelecidas na presente Lei constitui infração de natureza disciplinar, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto nº 759, de 20 de novembro de 1969, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art 15. O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 30 de outubro de 1975. 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

José Carlos Seixas

L. G. do Nascimento e Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.10.1975.

fls. 11



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 78.231, DE 12 DE AGOSTO DE 1976.

Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição e tendo em vista o disposto no artigo 15 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975,

DECRETA:

Art. 1º As ações de vigilância epidemiológica e a notificação compulsória de doenças, o Programa Nacional de Imunizações e as vacinações de caráter obrigatório serão organizados e disciplinados, em todo o território nacional, pelo disposto na Lei número 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste regulamento e demais normas complementares estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

TÍTULO I

Do Sistema de Vigilância Epidemiológica e da Notificação Compulsória de Doenças

Art. 2º Fica instituído o Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica, organizado e disciplinado em conformidade com o disposto neste decreto.

Art. 3º A vigilância epidemiológica será exercida, em todo o território nacional pelo conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, habilitados para tal fim, organizados em Sistema específico, sob a coordenação do Ministério da Saúde, observadas as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 4º O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é da responsabilidade institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais.

Art. 5º As ações de vigilância epidemiológica serão da responsabilidade imediata de uma rede especial de serviços de saúde, de complexidade crescente, cujas unidades disporão de meios para:

- I - Coleta das informações básicas necessárias ao controle de doenças;
- II - Diagnóstico das doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória;
- III - Averiguação da disseminação da doença notificada e a determinação da população sob risco;
- IV - Proposição e execução das medidas de controle pertinentes;
- V - Adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do Sistema;

Art. 6º A rede de que trata o artigo anterior será composta por Unidades de Vigilância Epidemiológica, integrantes dos serviços de saúde a serem indicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, cada um com atuação junto à população residente ou em trânsito, em áreas geográficas delimitadas, contínuas e contíguas, abrangendo todo o território de cada Unidade da Federação.

§ 1º As áreas referidas neste artigo poderão abranger parte de um Município, todo o Município ou mais de um Município.

§ 2º Em Municípios onde não for identificado serviço de saúde para assumir funções próprias do Sistema, e não houver possibilidade de instalar um Posto de Notificação, a Secretaria de Saúde definirá o detentor de cargo público para executar as ações de vigilância epidemiológica que neste caso se resumirão à recepção e ao encaminhamento das notificações de doenças.

Art. 7º Constituem elementos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

- I - Órgão Central - aquele mantido pelo Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e

0818181=dlid&oumemumDocDiriv/ome/Hom/br/bef.ds.oumupsuconscoslegisds//:sttdp
ED ODONVNERF Jod opacizante e opazilalipid oumemumQ 910102/192 Td ierimw

II - Órgãos Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais, através de órgãos específicos de Epidemiologia integrantes de suas respectivas estruturas;

III - Órgãos Micro-Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, quando houver regionalização administrativa das primeiras;

IV - Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) - aquela componente de órgão local de saúde integrante da Secretaria de Saúde das Unidades Federadas, dentre os estabelecimentos de saúde instalados no âmbito dos respectivos territórios, e reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

Parágrafo único. Os demais serviços de saúde, os estabelecimentos de ensino, os Postos de Notificação, os profissionais obrigados a notificação compulsória de doenças ficam vinculados às Unidades de Vigilância Epidemiológica de sua área geográfica na qualidade de agentes de notificação.

Art. 8º Constituem funções dos Órgãos Centrais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

- I - Elaborar, atualizar e publicar, periodicamente, a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional;
- II - Analisar e aprovar propostas das Secretarias de Saúde das Unidades da Federação, para incluir ou excluir, nos respectivos territórios, outras doenças de notificação compulsória;
- III - Estabelecer normas sobre a organização, procedimentos e funcionamento do Sistema, principalmente no que se refere às atividades de investigação epidemiológica e profilaxia, específica para cada doença, bem como os fluxos de informações;
- IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das ações de vigilância epidemiológica no território nacional, no que se refere ao desempenho dos Órgãos Regionais;
- V - Centralizar, analisar e divulgar as informações decorrentes das ações de vigilância;
- VI - Prestar apoio técnico e financeiro aos elementos subalternos do Sistema, sobretudo aos Órgãos Micro-Regionais;
- VII - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica de cada Unidade da Federação, divulgando-a anualmente.

Art. 9º Constituem funções dos Órgãos Regionais:

- I - Observar as normas estabelecidas pelo Órgão Central e dispor, supletivamente, sobre a ação de vigilância epidemiológica no Sistema, inclusive, no que se refere à elaboração e atualização da relação de doenças de notificação compulsória, no território da Unidade Federada;
- II - Supervisionar, coordenar, controlar, avaliar e apoiar a execução das ações de vigilância no território, principalmente aquelas desempenhadas pelos Órgãos Micro-Regionais;
- III - Centralizar, analisar e transmitir ao Órgão Central as informações decorrentes da ação de vigilância epidemiológica, divulgando-as;
- IV - Apropriar os recursos necessários à manutenção e desenvolvimento dos elementos do Sistema, inclusive, inclusive aqueles vinculados a outras instituições;
- V - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Central do Sistema;
- VI - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica da respectiva Unidade da Federação, encaminhando-a anualmente ao Órgão Central do Sistema.

Art. 10. Constituem funções dos Órgãos Micro-Regionais:

- I - Observar as normas estabelecidas pelos Órgãos Regionais;
- II - Centralizar, analisar e transmitir ao Órgão Regional as informações decorrentes das ações de vigilância epidemiológica;
- III - Gerir, supervisionar e apoiar a execução das ações a cargo das Unidades de Vigilância Epidemiológica;
- IV - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Regional.

fls. 1

Art. 11. Constituem funções das Unidades de Vigilância Epidemiológica:

- I - Receber notificações;
- II - Cumprir as normas comunicadas pelo Órgão Micro-Regional;
- III - Registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças ao Órgão Micro-Regional;
- IV - Executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas;
- V - Supervisionar a atuação dos Postos Locais de Notificação e estabelecer as vinculações necessárias com os demais agentes de notificação, informando-os dos resultados decorrentes de suas notificações;
- VI - Buscar apoio para suas ações no Órgão Micro-Regional.

Art. 12. Constituem funções dos Postos de Notificação:

I - Cumprir as normas comunicadas pela Unidade de Vigilância Epidemiológica;

II - Receber e buscar informações sobre os casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória;

III - Notificar a ocorrência de doenças notificáveis à Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Art. 13. Consideram-se informações básicas para o funcionamento do Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica:

I - As notificações compulsórias de doenças;

II - As declarações e atestados de óbitos;

III - Os resultados de estudos epidemiológicos pelas Autoridades Sanitárias;

IV - As notificações de quadros mórbidos injustificados e das demais doenças que, pela ocorrência de casos, julgada anormal, sejam de interesse para a tomada de medidas de caráter coletivo.

Parágrafo único. Consideram-se de notificação compulsória:

I - As doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional;

II - As doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada, periodicamente, observado o artigo 7º, item II, e seu § 1º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 14. As notificações a que se referem os itens I e IV do artigo anterior deverão conter:

I - A indicação precisa que permita a Autoridade Sanitária identificar a pessoa portadora da doença e o local ou locais onde possa ser encontrada;

II - A indicação precisa da doença suspeita ou confirmada;

III - A data da notificação o nome e a residência do notificante.

Parágrafo único. A notificação compulsória de doenças deverá ser realizada, imediata ou posteriormente ao conhecimento do fato, por escrito e no modelo padronizado.

Art. 15. Para efeito deste Regulamento, são consideradas Autoridades Sanitárias, os responsáveis pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica e pelos órgãos de epidemiologia bem como os seus superiores hierárquicos.

Art. 16. São componentes para o recebimento das notificações, os elementos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, segundo o disposto neste decreto que deverão proporcionar todas as facilidades ao seu alcance para o aperfeiçoamento e a celeridade do processo de notificação.

Art. 17. As Unidades de Vigilância Epidemiológica, face a uma notificação recebida, providenciarão o registro e arquivamento da mesma como documento hábil para desencadeamento das ações de investigação epidemiológica e eventual aplicação das medidas legais pertinentes, comunicando o fato às autoridades superiores.

Art. 19. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica estará formalmente articulado com Laboratórios de Saúde Pública de modo a possibilitar a todas as Unidades de Vigilância Epidemiológica os exames laboratoriais indicados para esclarecimentos de diagnósticos, clínico e epidemiológico.

Parágrafo único. Os demais laboratórios de análise de interesse para a saúde existentes nas áreas de responsabilidade das Unidades de Vigilância Epidemiológica proporcionarão às mesmas o apoio necessário para o diagnóstico, através de mecanismos administrativos adequados.

Art. 20. Todas as unidades de prestação de serviços integrantes do Sistema Nacional de Saúde vinculadas às Unidades de Vigilância Epidemiológica, de suas respectivas áreas, facilitando-lhes os meios de esclarecimento, clínico e laboratorial, do diagnóstico.

Art. 21. As ações de vigilância epidemiológica de doenças, objeto de programações verticais de desenvolvimento de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde, constituirão um subsistema de serviços com atribuições e mecanismos de coordenação e comunicação próprios, diretamente vinculados às Unidades Federadas.

Art. 22. Estão particularmente obrigados à notificação de doenças constantes das relações a que se refere o artigo 8º deste Decreto:

I - Os médicos, no exercício de suas funções profissionais;

II - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que preste serviços de saúde, em regime ambulatorial ou de internação, o qual será solidariamente responsável pela notificação de doenças de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento juntamente com os médicos que estejam atendendo paciente com suspeita ou confirmação de doença de notificação compulsória;

III - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que preste exames complementares para diagnóstico e tratamento, que serão solidariamente responsáveis pela notificação de doenças de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento juntamente com os médicos que recebem os resultados dos exames;

IV - O dirigente de estabelecimento de ensino em geral, público ou particular, sobretudo quando lhe for feita a comunicação de suspeita de doença de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento por qualquer membro do corpo docente, pais ou responsáveis por seus alunos;

V - As pessoas que, na forma deste Decreto, exercerem as funções de agente de notificação em estabelecimento de saúde.

Art. 23. Todos os encarregados de ações de vigilância epidemiológica manterão sigilo quanto à identidade do portador de doença notificada.

Parágrafo único. No caso de grave risco a comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com o consentimento do paciente ou de seu responsável, será permitida a identificação do paciente fora do âmbito médico-científico.

Art. 24. Face à notificação de doença de notificação compulsória a Autoridade Sanitária mobilizará os recursos necessários para a investigação epidemiológica e adoção das medidas de controle adequadas.

Art. 25. As pessoas naturais e jurídicas, de direito público e de direito privado, ficarão sujeitas às determinações da Autoridade Sanitária, quer para a investigação epidemiológica, quer para a aplicação das medidas de controle de notificação da doença.

TÍTULO II

Do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório

Art. 26. O Ministério da Saúde elaborará, fará publicar e atualizará, bianualmente, o Programa Nacional de Imunizações que definirá as vacinações em todo o território nacional, inclusive as de caráter obrigatório.

Art. 27. Serão obrigatórias, em todo o território nacional, as vacinações como tal definidas pelo Ministério da Saúde, contra as doenças controláveis por essa técnica de prevenção, consideradas relevantes no quadro nacional.

Parágrafo único. Para efeito do disposto neste artigo o Ministério da Saúde elaborará relações dos tipos de vacinação obrigatória em todo o território nacional e em determinadas regiões do País, de acordo com o disposto no artigo 1º do Decreto nº 91.002, de 29 de maio de 1956.

Matéria PL 267/2016. Documento digitalizado e autenticado por FERNANDO DE
<https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriDocumento?plD=168180>.

III - A identificação do serviço de saúde onde a vacinação se realizou

§ 2º Continuam em vigor os Atestados de Vacinação previstos no Regulamento Sanitário Internacional, para o caso das Doenças Quarentenáveis.

Art. 38. Toda pessoa vacinada tem o direito de exigir correspondente atestado comprovatório da vacinação recebida, inclusive em segunda via, a fim de satisfazer exigências legais ou regulamentares.

1º A pessoa que, durante o ano anterior, recorrer aos serviços de saúde autorizados para a realização de vacinações obrigatórias e não conseguir a aplicação das mesmas, poderá exigir desses estabelecimentos um atestado comprovatório da impossibilidade da vacinação, a fim de eximir-se nas datas aprazadas, das obrigações e sanções estabelecidas na legislação específica.

§ 2º Em situações excepcionais em que a coordenação das vacinações estiver sob a responsabilidade da Unidade de Vigilância Epidemiológica a Autoridade Sanitária poderá dispensar a emissão de Atestado.

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. Os alestados de vacinação obrigatória só serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, salvo a hipótese de emergência reconhecida pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Para efeito de pagamento de salário-família por dependentes de diferentes sistemas da previdência social, os atestados de vacinação obrigatória, somente serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, em relação aos dependentes nascidos a partir 1º de julho de 1977.

§ 2º O Ministério da Saúde por solicitação das Secretarias de Saúde poderá estabelecer novas datas quando ficar comprovada a impossibilidade do cumprimento da obrigação contida neste artigo e no seu § 1º.

Art. 40. As vacinas obrigatórias e seus respectivos Atestados serão gratuitos, inclusive quando executados por profissionais em suas clínicas ou consultórios, ou por estabelecimentos privados de prestação de serviços de saúde.

Art. 41. Os Atestados de Vacinação Obrigatória não poderão ser retidos, em qualquer hipótese e sob qualquer motivo, por pessoa natural ou jurídica.

Art. 42. Semprejuízo do disposto no artigo 22 e seus itens, é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, relacionada em conformidade com o artigo 8º, item I.

Art. 43. A inobservância das obrigações estabelecidas na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste Regulamento e em suas normas complementares, configura infração da legislação referente à Saúde Pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785 de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 44. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir os atos complementares visando à execução deste Regulamento.

Art. 45. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Brasília, 12 de agosto de 1976; 155° da Independência e 88° da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

Este texto não substitui o publicado no DOU de 13.8.1976



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

RESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de interesse compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de metas, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação das ações e serviços de saúde;

Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das estratégias compartilhadas do SUS;

Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o atendimento a partir dos indicadores de saúde do sistema;

Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença e o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as recomendações; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados das ações, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados por entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º 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, de acordo com a complexidade do serviço;

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;

TOMADA DE DECISÃO
PROT. Nº 2671/16
Lima Gasparotto
11.274

atenção psicossocial; e
especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Saúde.

1. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

2. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e ordenado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as prioridades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

3. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Conselho Nacional de Saúde.

4. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos municípios e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

5. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

6. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, os entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores, deverão:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - ordenar e controlar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - pactuar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

7. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

1. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade financeira.

2. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

3. A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão elaborados em conformância com o pactuado nos planos de saúde, observadas as prioridades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

4. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas regiões.

5. O planejamento deve ser considerado os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de acordo com o SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com o pactuado nas Comissões Intergestores.

ação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões públicas o justifiquem.

O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter

29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde em redes de atenção à saúde, sendo:

CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e

a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEM e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

32. As Comissões Intergestores pactuarão:

aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes

responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e o desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da rede de assistência.

gráfico único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

as diretrizes gerais para a composição da RENASES;

os critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do planejamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros entes, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos participantes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

Decreto nº 7508

uraração permanente das necessidades e interesses do usuário; e
 publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas
 vidades que dele participem de forma complementar.

8. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de
 tias no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde;

9. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados
 sendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação;

10. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle
 ção do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,
 o específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de

O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e
 previstas em Lei.

1. Aos participantes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de
 relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e a aplicação dos recursos
 dos.

relatório único. Os participantes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no
 informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de
 monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

2. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle
 amo:

descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras
 revistas neste Decreto;

ção apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;

ção aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

ditos atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

3. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação
 o são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

4. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento
 a a partir da publicação deste Decreto.

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

6. a, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

SEEFF

ocha Santos Padilha

to substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

gov.br/ccivil_03_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

destando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

destando o art. 7º da Lei nº 8.080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

destando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão da evolução do processo de pactuação intergestores;

destando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no SUS;

destando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que impactam sobre a situação de saúde da população brasileira;

destando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, a defesa dos princípios do SUS;

destando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

destando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na Comissão Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006, resolve:

Art. 1º - Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art. 2º - Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três anexos: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que foram em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

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

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

ANEXO I

PACTO PELA SAÚDE 2006

Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

S tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com 1,5 milhão de leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de consultas médicas; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de procedimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o maior do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam e está presente em todo território nacional.

Al longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um trabalho constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado. Por um lado, pela dificuldade de impor-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

o de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as concorrentes e a tomar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da frutificação e solidária do SUS.

acto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as regionais.

acto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos e a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões e constituindo colegiados de gestão regional.

a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

a as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa e reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

idades do Pacto de Gestão são:

R DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ELEGER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; i; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão Educação na Saúde.

ACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores e 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de 3 Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

to da Saúde

o Nacional de Secretários de Saúde-CONASS

o Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS

Anexo II

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 – CONSOLIDAÇÃO DO SUS

iradas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e o das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a e os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde e a qualificação de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o onal de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a as regiões sanitárias instituintes mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

atuação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do ita a elevação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos igentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por itários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

I – PACTO PELA VIDA

pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto o de saúde da população brasileira.

ção de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. aduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

dos/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos

São seis as prioridades pactuadas:

Saúde do idoso;

Controle do câncer de colo de útero e de mama;

Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

Promoção da Saúde;

Fortalecimento da Atenção Básica.

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;

Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

A implantação de serviços de atenção domiciliar;

O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;

Provisionamento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

Fortalecimento da participação social;

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar - Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B- CONTROLE DO CâNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo na realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

ar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

ar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

EDUCAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

ir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

ir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.

ão de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes,

Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

ir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Utilizar insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

ficar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros to.

ORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, DESE DE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

ivos e metas para o Controle da Dengue

de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

ir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;

ta para a Eliminação da Hanseníase:

ir o palamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 m todos os municípios prioritários, em 2006.

tas para o Controle da Tuberculose:

elo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

ta para o Controle da Malária

ir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

objetivo para o controle da Influenza

ntar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivos:

ar e implementar uma Política de Promoção de Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

izar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;

lar e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de

over medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

ar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

ORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivos

mir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica,

u desenvolver consideração às diferenças locais-regionais.

envolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

olidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

II - PACTO EM DEFESA DO SUS

A - DIRETRIZES

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;

A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3 - Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabeleça Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada - PPI, Regulação, Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

Premissas da descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

Folha

Proc. Nº.

13 fls. 21

267116

Lívia Salomão Nogueira

RF 1174

operações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso; a Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação para as Comissões Intergestores Bipartite;

o planejamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, objeto de portaria específica.

Qualificação

A qualificação é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve ser incorporada ao planejamento regional, objetivando a garantia do acesso, a promoção da descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores locais e regionais.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no Anexo 1.

Deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, considerando as diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores locais e regionais.

O PDR deverá conter os desenhos das ações e serviços de saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em conformância com o processo da Programação Pactuada e Integrada.

Deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção e a partir da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser articulada com o processo da PPI e do PDR.

Os objetivos da Regionalização:

garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente transcendam a escala local/municipal;

garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão local-regional, que possibilite os meios necessários para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de atenção às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade;

garantir o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de liderança e a que as demandas dos diferentes interesses locais-regionais possam ser organizadas e expressadas na programação regional;

garantir os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de caráter regional.

Atuação da Rede de Saúde

As ações de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos níveis e escalas e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de transportes compartilhados do território;

o Ministério da Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

a atuação da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o controle social;

a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a participação de todos os gestores envolvidos; do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações de saúde;

o conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, deverão ser assumidas por cada município;

os complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a uma rede de atenção à saúde e a integralidade de acesso;

os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

o nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem a integralidade da atenção à saúde, como a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos;

Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envolver esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e consequente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

- Mecanismos de Gestão Regional

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes dos (as) gestores (as) estaduais, sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes;

- Etapas do Processo de Construção da Regionalização

- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:

Contiguidade entre os municípios;

Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;

Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção

de da Média Complexidade.

ciência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no plano regional, e necessário, a definição dos investimentos.

senho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com acesso.

senho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais e necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta de na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

stituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional;

stituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos que compõem a Região e da representação estadual.

CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor vel, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regional;

stituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho em técnicos dos municípios e do estado;

eleger uma agenda regular de reuniões;

cionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

zir e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde

nar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

zar linhas de investimento

ular estratégias de qualificação do controle social

r o processo de planejamento local

stituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

onhecimento das Regiões

Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões

Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para o e acompanhamento do MS.

Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e as para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e as para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

senho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos e Saúde.

ciamento do Sistema Único de Saúde

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

onsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema de Saúde;

ção das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

Esse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

ciamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos conforme regulamentação específica;

ases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

bloco de financiamento para o custeio são:

Atenção básica

Atenção de média e alta complexidade

Vigilância em Saúde

Assistência Farmacêutica

Gestão do SUS

Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

Salúde da Família;

Agentes Comunitários de Saúde;

Saúde Bucal;

Compensação de especificidades regionais

Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas

Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;

Transplantes;

Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;

Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC;

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e

Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual:

Revisão periódica de valores da tabela;

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

Regulação, controle, avaliação e auditoria

Planejamento e Orçamento
ProgramaçãoGestão do Trabalho
Educação em Saúde

Incentivo à Implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

- Financiamento para Investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização. – Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com a unidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 – Planejamento no SUS

4.1.1 – O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conteúdo operacionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se e forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais.

a parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de ações de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

O cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as necessidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a melhoria da qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Elaborar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Elaborar metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que sejam diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Monitorar a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento do SUS;

Monitorar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Envolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Monitorar a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, em vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Monitorar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, bem como gerar informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Monitorar a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Monitorar a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da gestão social nestes processos;

Monitorar a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua articulação, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS;

Pontos de pactuação prioritizados para o Planejamento

Monitorar a conciliação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, bem como os pontos essenciais de pactuação;

Monitorar as necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Monitorar dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Monitorar a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluindo o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Monitorar a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este planejamento e a população referenciada;

Monitorar a interação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS;

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à atenção e à população referenciada.

Principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos pactos em cada esfera de gestão;

Gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente;

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para a população.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

13/30

compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada dos procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação;

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, e no todo financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica - processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normalizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

de descentralização, municipalização e comando único;

de busca da escala adequada e da qualidade;

considerar a complexidade da rede de serviços locais;

considerar a efetiva capacidade de regulação;

considerar o desenho da rede estadual da assistência;

a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

elos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT; metas para este Pacto, no prazo de um ano;

ratualização de todos os prestadores de serviço;

cação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

ção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

Participação e Controle Social

participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas 880/90 e 8142/90, e é parte fundamental deste pacto.

As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste

os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da

listas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;

o processo de formação dos conselheiros;

lar a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;

os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;

a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da

ógica do SUS;

o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

do Trabalho

s diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

ca de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos

de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

s, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão

priorios quadros de trabalhadores de saúde;

o Plano de Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

olver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de

o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico

de recursos humanos no Sistema;

ver relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de

direitos associados ao trabalho;

olver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e

s dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas

le governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação

eres sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do

deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

lar processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de

nto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

retárias Estaduais e Municipais de Saúde devem enviar esforços para a criação ou fortalecimento de

Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do

do no campo da educação na saúde;

serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

ração da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a

da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições

estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este

Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que

renham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de

ação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação

e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu

desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes.

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

Educação na Saúde

9.1 - A - As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

B - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperativa, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

- MUNICÍPIOS

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;

Todo município deve:

garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleg/sigm/2006/pr0389_22_02_2006.html

envolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação e integração da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Elaborar e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; utilizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o acesso, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, articulando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenvolvendo a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção e os demais níveis do sistema, com base no processo de programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cumprir para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Coordenar, normalizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

- DISTRITO FEDERAL

Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gestão de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, articulando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenvolvendo a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica e os demais níveis do sistema, com base no processo de programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

17/90

... e a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, do as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e estabelecidas;

... e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

... normalizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

... e a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

... e, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à população;

... e a implementação do Sistema Único de Saúde;

... e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de planejamento; e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e o compromisso;

... o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

... e o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a necessária para a realização das ações de atenção básica;

... e cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das instituições na gestão da atenção básica;

... de forma pactuada as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção à saúde, no SUS;

... e, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o planejamento, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeira com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

... e, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação e avaliação da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

... e a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, a distribuição dos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, conforme as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

... e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da avaliação;

... e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

... e, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e integrada com os estados, Distrito Federal e municípios;

... e investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco de saúde;

... e coordenar os laboratórios de saúde pública - Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - relativos à vigilância em saúde;

... e, transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

... e técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

... e pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

o PIDOS

o município deve:

... e para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo as responsabilidades de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

gov.br/bvs/saude/legis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

19/30

23/06/2016

Ministério da Saúde

os compromissos pactuados;

... participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

... e participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regional;

... e participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

... e a responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

... e executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regional;

- ESTADOS

... Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

... e Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

... e Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

... e Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

... e Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

... e Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

... e Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

- DISTRITO FEDERAL

... e Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

... e Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

... e Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

... e Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

... e Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

... e Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

- UNIÃO

... e Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

... e Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

... e Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;

... e Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

... e Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regional;

- RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

- MUNICÍPIOS

http://bvs/saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

20/30

município deve:

Planejar, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

Planejar, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde;

Monitorar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e regular os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação de Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES, e quando necessário, o Sistema de Informação Hospitalar - SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como os sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e promoção, no âmbito local;

Planejar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com a política de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

Assumir a responsabilidade de seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de atenção no território municipal

Planejar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e

FAZ

Planejar, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Planejar, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde; Planejar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Planejar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Planejar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naquelas de responsabilidade municipal.

TRITO FEDERAL

Planejar, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Planejar, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Planejar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Planejar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e regular os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação de Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES, Sistema de Informação Hospitalar - SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e promoção, no âmbito do seu território;

Planejar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com

http://bvs.msa.gov.br/bvs/saude/leg/sim/2006/pr0399_22_02_2006.html

21/30

29/05/2016

Ministério da Saúde

o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

Planejar, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Planejar, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Planejar, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.

Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços de saúde;
http://bvs.msa.gov.br/bvs/saude/leg/sim/2006/pr0399_22_02_2006.html

Monitorar e avaliar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, a referência das ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, regulação assistencial;

Supervisionar a rede de laboratórios de produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

– DISTRITO FEDERAL

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Realizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

Monitorar e avaliar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relacionos de gestão, da operação dos indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle, regulação assistencial;

Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as unidades municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços reguladores municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências intermunicipais;

Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos municípios, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação integrada da atenção à saúde;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pr0399_22_02_2006.html

23/30

UNIAO
 onicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de
 nto, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços
 ao SUS;

orar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos
 os estados, do Distrito Federal e dos municípios;

onar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de
 operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de
 controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

denar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

denar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de
 nentes e Profissionais de Saúde;

ir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

or e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

or e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais
 dos, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

onar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de
 ;

turar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio
 tecnológico e de educação permanente;

ular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

erar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

denar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo
 referências pactuadas;

denar a constituição de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados,
 Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

apanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências
 municipais e do Distrito Federal;

onar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo
 al, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

atizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que
 alíses de interesse em saúde pública;

ar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

onsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

ar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

MUNICIPIOS

município deve:

over e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da
 e da democratização das relações de trabalho;

ir vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua
 ação e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação

responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de
 alizada no território municipal

eleger, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

nvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos
 manos descentralizados;

liderar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando
 ão, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

amentar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a

fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta
 diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.2 – ESTADOS

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e
 da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos
 recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua
 esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação
 vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando
 da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a
 fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta
 diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.3 – DISTRITO FEDERAL

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho
 descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e
 regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua
 esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação
 vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando
 da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito
 Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a
 fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta
 afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.4 – UNIÃO

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da
 participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na
 implementação das mesmas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à
 força de trabalho descentralizada;

Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre
 trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional
 e/ou municipal;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua
 esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação
 vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no
 âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a
 fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta
 diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1 - MUNICIPIOS

Todo município deve:

formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados
 pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política
 de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união,
 processos conjuntos de educação permanente em saúde;

apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais;

consonância com as necessidades sociais em saúde;

realizar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de atuação no território municipal:

trabalhar e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança nas condições de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

promover e articular, junto às Escolas Técnicas de Saúde, uma nova orientação para a formação de profissionais do SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

ESTADOS

promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito municipal;

promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

promover e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

promover o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

promover e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da pós-graduação das profissões de saúde;

promover e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as diretrizes do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

promover ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução no âmbito estadual;

DISTRITO FEDERAL

promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela política de atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política permanente;

promover e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da pós-graduação das profissões de saúde;

promover e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança nas condições de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

promover e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as diretrizes do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

promover ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução no âmbito do Distrito Federal;

promover e articular, junto às Escolas Técnicas de Saúde, uma nova orientação para a formação de profissionais do SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, consonância com as necessidades sociais em saúde;

promover, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

UNIAO

promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

promover políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

promover e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

promover e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades dos municípios e dos demais gestores na mesma direção;

RESOLUÇÕES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1 - MUNICIPIOS

Todo município deve:

apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

promover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais;

7.2 - ESTADOS

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais;

7.3 - DISTRITO FEDERAL

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais;

7.4 - UNIAO

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

ar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas de saúde e com as de controle social da saúde;

ular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao nto da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão adas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

o deste Pacto nas suas dimensões de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de

mo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normalização específica, contém as metas e o Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, do item III e os indicadores de monitoramento.

ermos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, estaduais, conforme pactuação;

almente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de so de Gestão.

mo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em específica.

extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/- 96 e SUS 2002.

in mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

ROCESSO DE MONITORAMENTO

cesso de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de so de Gestão;

elecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado anham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de so de Gestão;

nvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

eracionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada ovemo, considerando as pactuações realizadas.

DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

ção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

cesso de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em ados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, ão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

T é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, sendo tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

3, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes é a municípios imamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

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).

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo 8º da Constituição, e

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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 planejamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de dezembro de 2006;

considerando o Decreto Presidencial nº 5.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Família, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos profissionais 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 para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo planejamento 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 saúde e atenção básica;

considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da 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 1.015, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados para a Atenção Básica;

considerando a Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão de equipes de 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 a Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de medicamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

considerando a 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 institui a ficha complementar de atendimento à Saúde - 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 e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação das normas;

considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011,

aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e de funcionamento da Atenção Básica, no âmbito do SUS, e dá outras providências.

Deferido em 21 de outubro de 2011.

1/24

29/06/2016

Ministério da Saúde

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 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 responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deve 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;

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

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

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 profissionais 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 aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais 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;

I - 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:

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 armazenagem 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 equipe 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; e

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 encamados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado e gestão e participação popular

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr12488_21_10_2011.html

5/24

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 armazenagem 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 equipe 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; e

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 encamados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado e gestão e participação popular

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr12488_21_10_2011.html

5/24

ecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do o dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e or capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a udanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também portante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, política, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um se da "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

cação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a icalização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores o, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos ntido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

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

lação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. a linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação s como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, udos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando ssessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política-proposta para pes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-usos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por tor de uso e efetividade.

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

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

acterísticas do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

ção do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

ramação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de co, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

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

izar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e nerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o mento às urgências;

er atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

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

desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no to de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

plementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na aúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de uros, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

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

pr.br/bvs/saude/legis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

724

29/06/2016

Ministério da Saúde

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 possuem problemas de saúde controlados/compartilhados 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 à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e a 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 à 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.

XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias; [Redação dada pela PRT GMMS nº 2.121 de 18.12.2015]

XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; [Redação dada pela PRT GMMS nº 2.121 de 18.12.2015]

XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no

http://bvs/sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

para o controle de vetores; (Redação dada pela PRT GM/MS n.º 2.121 de 18.12.2015); discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e a PRT GM/MS n.º 2.121 de 18.12.2015)

- encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de vigilância, quando não for possível ação sobre o controle de vetores. (Redação dada pela PRT GM/MS n.º 2.121 de 18.12.2015)

Das atribuições específicas

Interno:

realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento da criança, adolescência, idade adulta e terceira idade;

realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as legislações da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros serviços;

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

auxiliar e do Técnico de Enfermagem;

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

realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

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

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

contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente;

édico:

realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

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

realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

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

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

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

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

gente Comunitário de Saúde:

trabalhar com adesão de famílias em base geográfica definida, a microárea;

atualizar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

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.

IX - ocorrer situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal. (Redação dada pela PRT GM/MS n.º 2.121 de 18.12.2015)

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 à 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 resolutividade;

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;

realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas;
 inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

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

aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos em Saúde Bucal (ASB);

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

realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do laboratório;

utilizar e instrumentalizar os profissionais nas intervenções clínicas;

realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

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

realizar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e equipamentos odontológicos;

acessar filme radiográfico;

acionar moldelias;

realizar modelos em gesso;

utilizar materiais de uso odontológico; e

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

Atividades 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 da Política de Saúde, e é dada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, visando a reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios, fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e de promover a propiciação de uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família

São necessários à estratégia Saúde da Família:

a) equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista em saúde bucal, auxiliar de enfermagem, enfermeiro generalista ou especialista em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta equipe, conforme a necessidade, outros profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde bucal, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

b) número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de equipes;

c) a equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de equipes considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade, maior será a quantidade de pessoas por equipe;

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

e) a carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde bucal, a exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para o profissional de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 horas para outras atividades;

http://bvs.msa.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

11/24

23/06/2016

Ministério da Saúde

(oitenta) 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 retroalimentação 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 Transição, 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 prevêem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transição 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 transição;

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 transição;

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 transição;

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 transição; 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 transição.

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) ou técnico em saúde bucal (TSB); e (Resolução dada pela PRT/GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012).

http://bvs.msa.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

12/24

fls. 39

circunção dentista generalista ou especialista em saúde bucal (TSB). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012, de 26.12.2012).

profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012, de 26.12.2012).

Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se implantar a primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor do Município da Saúde ou o gestor do Estado, através de doação direta ou o repasse de recursos para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

visita à implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como modalidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde bucal ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica, itens necessários à implantação desta estratégia:

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

existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe Comunitária de Saúde;

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

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

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

ferrimento da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de atuação em qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e executar as atividades desenvolvidas pelos ACS, com um enfoque na estratégia de saúde da família, e deve ainda atuar com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e oferecer de maneira mais oportuna integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, qualificadas para o acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da UBS em função das prioridades definidas equanamente conforme critérios de necessidade de saúde, prevenção, promoção, proteção, risco, entre outros.

Equipes de atenção básica para populações específicas

Equipes do consultório na rua

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 com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e oferecer de maneira mais oportuna integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, qualificadas para o acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da UBS em função das prioridades definidas equanamente conforme critérios de necessidade de saúde, prevenção, promoção, proteção, risco, entre outros.

Equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações físicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde estão implantadas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território onde estão implantadas, e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

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

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

Municípios ou áreas que não tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os de apoio à 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 custo 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 Ribeirinha (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, 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 84h) 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 residir na área de atuação. E 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 proposta 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:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr12488_21_10_2011.html

13/24

14/24

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

quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: Maca ginecológica; Balança Adulto; Balança infantil; Balança para vacinas; Instrumentos básicos para o laboratório: micro e microcentrífuga e microscópio; Equipamentos para células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; Equipamentos para esterilização: esterilizadores, estufas, medidor de glicemia capilar, Equipamento odontológico instrumental.

Para o repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será criada uma portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para suas atividades.

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.

À grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas conforme o quadro abaixo, fazendo jus a uma portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo
Agente Comunitário de Saúde	trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. ou Técnico de Enfermagem	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico em Saúde Bucal	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 a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores

Interiores Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão atuar em populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a atuação dos municípios, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Interiores - CII.

A implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas 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 impacto da atenção básica, bem como sua resolutividade.

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

O NASF faz parte da atenção básica, mas não se constitui como serviços com unidades físicas próprias, ou locais, 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 território, atuar com as equipes da Academia da Saúde, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e com as equipes de Atenção Básica, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes de atenção básica, etc.

A atuação do NASF é de caráter compartilhado entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica. A atuação do NASF prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel do cuidado nas redes de atenção à saúde.

O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por meio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelas equipes do NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de diagnósticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e de famílias, ações interseletores, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.

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-atradores e analisadores); suporte à organização do processo de trabalho (acompanhamento, 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 Geriatria; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, 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 NASF1e2 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 apoiem.

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 recomendando 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 vinculadas 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 Mato-grossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculadas 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 o 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

cia, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada polo vinculada à equipe deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais e 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, sendo responsável(s) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter compatível e exercer função relacionada às atividades da academia da saúde.

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

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

o selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos Municípios e do Distrito Federal; e

o 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, sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

Programa Saúde na Escola

Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação da educação de forma integrada, por meio de ações de:

o avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral na rede de atenção à saúde;

o promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da saúde, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde produtiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção de doenças, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

o educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de equipes de saúde e educação em ações compartilhadas e corresponsáveis. A articulação intersetorial das redes de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação da educação de forma integrada, por meio de ações de:

o o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do plano de trabalho do bloco de atenção básica;

o Implantação e Credenciamento

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

o analisar projeto(s) de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde e de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e dos polos que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;

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

o adaptar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no âmbito da instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a responsabilidade correspondente às equipes efetivamente implantadas; e

o solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista o impedimento de continuidade, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Conselho de Saúde, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Conselho de Saúde;

o Implantação e Credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do envio do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

o 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 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 por 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 os 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 1 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 normalização 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 pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

monstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de serviços mensais da origem e da aplicação dos recursos;

monstrativo sintético de execução orçamentária;

monstrativo detalhado das principais despesas; e

monstrativo de gestão;

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

o planejamento federal desta política é composto por:

recursos per capita;

recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais inscritas no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Estruturação na Implantação;

recursos de investimento;

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 de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Unidades de Saúde da Família, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Saúde;

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

recurso per capita

o recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os municípios 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, dividido tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

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

os recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais inscritas no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação.

os recursos do Bloco AB poderão ser repassados para implantação e execução de ações e programas inscritos de maneira tripartite, entre eles:

os recursos de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a situações de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores contemplados e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A inscrição dos recursos de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os critérios de inscrição e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com os recursos deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco de AB inscritos no enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade tais como: municípios mais pobres, com maiores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais isolados ou com dificuldade de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao fortalecimento da atenção através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da atuação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligados a qualquer um dos ou outros.

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

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

os de Implantação: Na implantação das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF os

http://bvs.mms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

29/06/2016

Ministério da Saúde

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 fará 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:

1.1. - 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 no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) 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 - Pronas.

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 transição: 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.

http://bvs.mms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

19/24

Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

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

or do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será transferido para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva financeira e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

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

Equipes Consultório na Rua

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

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

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

Equipes de Saúde da Família Fluviais

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

Equipes de Saúde da Família Fluviais

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

Equipes de Saúde da Família Fluviais

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

Equipes de Saúde da Família Fluviais

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

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

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

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

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

Equipes de Saúde da Família Fluviais

Equipes de Saúde da Família Fluviais

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 compõem 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/SCMS 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.

Requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pelo Ministério da Saúde.

O Bloco da Atenção Básica, e a programação anual de saúde aprovada 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 Conselho de Saúde deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde que, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

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

1. O Conselho de Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de saúde, relacionados na Portaria no. 3482 de 11 de novembro de 2010; e

2. Quando detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A manutenção será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

O Conselho de Saúde de cada município e do Distrito Federal, equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários de saúde e equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

O Conselho de Saúde de cada município e do Distrito Federal, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar nas áreas:

1. Estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

2. Fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, o diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de diagnóstico e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

3. Proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

4. Seleção das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

5. Processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;

6. Plano de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da demanda definida para cada profissional das equipes;

7. Implantação do sistema de informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

8. Processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica.

9. Contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e

10. Caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da identificação das Equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluem ações individuais e coletivas de saúde e apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(is) será cadastrado o CNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

ANEXO III

TABELA RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

COMPETÊNCIA(S)	MUNICÍPIO	TIPO DE INCENTIVO	CÓDIGO	IBGE
ESB mod	()	ESF ()	ESF ()	ACS ()
ESFPRBS ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFPR ()
ESFPRBS ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFPR ()
ESFPRBS ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFF ()	ESFPR ()

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS: _____ CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ CPF: _____

http://bvs.msa.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2488_21_10_2011.html

23/24

29/08/2016

Ministério da Saúde

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.

RELATÓRIO 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.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____ SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013**

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo 1º, art. 87 da Constituição, e

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

considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na vigilância em saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde;

considerando a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de saúde para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a gestão dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o monitoramento e controle, resolve:

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1º Esta Portaria regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e interpretação de dados e informações sobre a saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública e a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a avaliação da saúde da população.

3º As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e implementados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos voltados para:

a) vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pública;

- II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- VI - a vigilância da saúde do trabalhador;
- VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; e

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS**Seção I**
Da União

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União, cabendo:

- I - à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; e
- II - à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 6º Compete à SVS/MS:

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde de âmbito nacional e que possibilitem análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador e ações de promoção em saúde;

II - participação na formulação de políticas, diretrizes e prioridades em Vigilância em Saúde no âmbito nacional;

III - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;

IV - apoio e cooperação técnica junto aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

V - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos casos previstos em lei;

VI - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde;

VII - normalização técnica;

VIII - coordenação dos sistemas nacionais de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados para o nível nacional;

b) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais; e

c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;

IX - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios, em emergências de saúde pública, quando indicado;

X - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela, em âmbito hospitalar, em articulação com os Estados e Distrito Federal;

XI - monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

XII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional na Vigilância em Saúde;

participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância em Saúde;

promoção e fomento à participação social nas ações de Vigilância em Saúde;

- promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o controle dos estoques e a solicitação da distribuição aos Estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes;

provisionamento dos seguintes insumos estratégicos:

nobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;

vacinas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando não houver um Estado;

medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos de referência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

agentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, nos termos da Lei nº 7.508/2011;

insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas, inseticidas, acaricidas e outros;

medicamentos de proteção individual (EPI) para as ações de Vigilância em Saúde sob sua responsabilidade, conforme o exigirem;

insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos termos de referência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); e

inulários das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e de óbitos (DO);

coordenação e normalização técnica das ações de laboratório necessárias para a Vigilância em Saúde, bem como o controle de fluxos técnico operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades participantes;

coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário vacinal, as estratégias e normalizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no âmbito da Vigilância em Saúde; e

estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações em Saúde.

Compete à ANVISA:

participação na formulação de políticas e diretrizes em Vigilância Sanitária no âmbito nacional;

regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de serviços de saúde;

execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser delegada aos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante pactuação na CIT;

proposição de critérios, parâmetros e métodos para a execução das ações estaduais, distritais e municipais em Vigilância Sanitária;

monitoramento da execução das ações descentralizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

apoio e cooperação técnica junto aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o fortalecimento da Vigilância Sanitária;

gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/pr1378_09_07_2013.html

3/11

28/06/2016

gestão da Vigilância Sanitária;

Ministério da Saúde

VIII - participação no financiamento das ações de Vigilância Sanitária;

IX - coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), nos aspectos relativos à Vigilância Sanitária, com estabelecimentos de normas técnicas e gerenciais;

X - assessoria, complementar ou suplementar, das ações de vigilância sanitária dos Estados, Distrito Federal e Municípios para o exercício do controle sanitário;

XI - adoção das medidas para assegurar o fluxo, o acesso e a disseminação das informações de vigilância sanitária para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

XII - coordenação das ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária;

XIII - participação na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação dos processos de gestão da educação e do conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

XIV - promoção, implementação e apoio, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de estudos, pesquisas e ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância Sanitária;

XV - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância Sanitária;

XVI - promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em Vigilância Sanitária; e

XVII - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da Vigilância Sanitária.

Art. 8º As proposições de alteração de estratégias ou atribuições que gerem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços serão pactuadas na CIT.

Parágrafo único. Em situações especiais e de emergência em saúde pública, a União adotará as medidas de saúde pública necessárias para o seu enfrentamento, que serão posteriormente comunicadas à CIT.

Seção II Dos Estados

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância de âmbito estadual que possibilitem análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;

II - implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais;

III - coordenação das ações com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

IV - apoio e cooperação técnica junto aos Municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância;

V - execução das ações de Vigilância de forma complementar à atuação dos Municípios;

VI - participação no financiamento das ações de Vigilância;

VII - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

VIII - coordenação e alimentação, quando couber, dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos Municípios e/ou unidades regionais definidas pelo Estado, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;

b) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal; e

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pr1378_09_07_2013.html

coordenação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;

coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de âmbito estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância quando indicado;

coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito em articulação com os Municípios;

desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em seu âmbito territorial;

- realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual;

- fomento e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

- promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional;

- promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;

- gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;

II - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a solicitação da aquisição pela União;

b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos na CIT;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na Comissão de Biorreagentes (CIB);

d) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos organismos de saúde pública, em seu âmbito de atuação;

e) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

f) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

g) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

h) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

i) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

j) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

k) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

l) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

m) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

n) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

o) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

p) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

q) equipamentos de proteção individual (EPI) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

r) equipamentos de proteção coletiva (EPC) para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação;

5/11

e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com a respectiva justificativa à SVS/IMS.

Art. 10. As disposições de alteração de estratégias ou atribuições que gerem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços serão pactuadas na CIB.

Parágrafo único. Em situações especiais e de emergência em saúde pública, o Estado adotará as medidas de saúde pública necessárias para o seu enfrentamento, que serão posteriormente comunicadas à CIB.

Seção III Dos Municípios

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitem análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;

II - coordenação municipal e execução das ações de vigilância;

III - participação no financiamento das ações de vigilância;

IV - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;

V - coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica;

b) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;

VI - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal;

VII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar;

VIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

IX - monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;

X - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;

XI - promoção e execução de educação permanente em seu âmbito de atuação;

XII - promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;

XIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;

XIV - gestão do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIB;

c) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e

d) equipamentos de proteção individual (EPI) - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados;

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de vigilância, no âmbito municipal;

realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios na CIR/CIB;

coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência; coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a aplicação de vacinas especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a investigação de eventos adversos e óbitos temporariamente associados à vacinação;

descarte e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes; participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância;

colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e fronteiras, conforme pactuação tripartite; e

estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações em Saúde.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em caráter excepcional, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica das ações excepcionais, mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Seção IV Do Distrito Federal

2. A coordenação dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal, simultaneamente, as competências relativas a Estados e Municípios.

CAPÍTULO III DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

Seção I Do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e da Transferência de Recursos

3. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

I - componente de Vigilância em Saúde; e
II - componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações observada a legislação pertinente em vigor.

4. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e integral ao Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios para uma gestão específica.

Seção II Do Componente da Vigilância em Saúde

1. O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:

a) vigilância; b) prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e c) promoção da saúde.

2. A aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as ações estabelecidas nesta Portaria, sendo constituído em:

a) Fundo de Vigilância em Saúde (PFVS); e
b) Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

III - Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.955 de 02.12.2015)

§ 2º Os valores do PFVS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Art. 16. O PFVS compõe-se de um valor "per capita" estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

Parágrafo único. Para efeito do PFVS, as unidades federativas são agrupadas nos seguintes termos:

I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);

II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe; e

III - Estrato III: Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 17. A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde será aprovada no âmbito da CIB, observados os seguintes critérios:

I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente;

II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do "per capita" do PFVS atribuído ao Estado correspondente; e

III - cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do "per capita" do PFVS atribuído ao Estado correspondente.

Parágrafo único. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa.

Art. 18. O PVVS é constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde:

- I - incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde;
- II - incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e
- III - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. O conjunto das ações executadas poderá ser ajustado em função da situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão.

Art. 18-A. A Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias é constituída pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 12.984, de 17 de junho de 2014, e do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.955 de 02.12.2015)

I - Assistência Financeira Complementar da União; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.955 de 02.12.2015)

II - Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos Agentes de Combate às Endemias (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.955 de 02.12.2015)

Art. 19. O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I - Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);

IV - Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de "Aedes aegypti" provenientes de diferentes Estados do País;

V - Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN);

VI - Vigilância Epidemiológica da Influenza;

- Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

gráfico único. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que, na data da publicação desta Lei, recebem os incentivos de que trata o "caput", garantirão a manutenção do conjunto de ações para os Estados e Municípios.

20. O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais será pela unificação dos seguintes incentivos:

a) Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais;

b) Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e

c) Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

21. O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde tem como objetivo induzir o fortalecimento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal e será regulamentado por Decreto do Ministro de Estado da Saúde.

22. A SVS/MS disporá de uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de até 5% (cinco por cento) dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde.

23. Os recursos não aplicados serão repassados para as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme critérios propostos pelo Ministério da Saúde e aprovados na CIT.

24. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância em Saúde será estabelecido por ato do Ministro de Estado da Saúde.

Seção III Do Componente da Vigilância Sanitária

25. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

a) Plano Fixo de Vigilância Sanitária - PFVISA: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das ações de vigilância sanitária; e

b) Plano Variável de Vigilância Sanitária - PVVISA: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de recursos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

26. Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

27. O PVVISA será constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

28. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

29. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

30. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

31. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

32. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

33. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros para implantação de ações de vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma a atender o interesse da vigilância sanitária.

Art. 29. O detalhamento dos valores de que tratam os arts. 26, 27 e 28 serão definidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Seção IV Das diretrizes, monitoramento das ações, resultados e demonstrativo do uso dos recursos

Art. 30. A integração com a Atenção à Saúde é uma das diretrizes a serem observadas, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com vistas a racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde.

Art. 31. As diretrizes, ações e metas serão inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão.

Art. 32. Os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o Relatório de Gestão (RG) em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 33. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

Art. 34. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - preenchimento mensal dos procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Art. 35. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

Art. 36. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos de não preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos no art. 33, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS. (Redação dada pela PRT/GM/MS nº 1.955 de 02.12.2015)

Art. 37. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados, Distrito Federal e Municípios será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 38. A relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados será publicada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 39. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informações referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 40. Novas adesões aos incentivos financeiros para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde e para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, ambos do PVVISA, dispostos nos arts. 19 e 20, serão disciplinadas por meio de ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria.

1. A disciplina normativa do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, disposto no art. 1º, ocorrerá no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria por meio de ato específico do Estado da Saúde.
2. O Ministério da Saúde instituirá, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Portaria, um Grupo Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde.
3. A CIB enviará, em até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da data da publicação desta Portaria, os dados do PFVS destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um dos Municípios da unidade federada.
4. A periodicidade do repasse quadrimestral será mantida no ano de 2013 para efetivar a operacionalização do art. 14.
5. A operacionalização de que tratam os arts. 19 e 20, para fins de repasse, se dará a partir de janeiro de 2014.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

1. A SVS/MS e a ANVISA editarão, quando necessário, diretrizes e orientações técnicas e operacionais referentes a esta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.
2. Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.
3. Fica revogada a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União de 23 de dezembro de 2009, Seção 1, p. 65.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.498, DE 19 DE JULHO DE 2013

Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 84, da Constituição, e

considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelece normas relativas à notificação, à investigação e às outras providências;

considerando o disposto nos arts. 27 e 29 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 1.946, de 1975;

considerando o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Ministério da Saúde, e os Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências;

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfundamental, e dá outras providências;

considerando a Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas;

considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

considerando a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em Vigilância Epidemiológica, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de eventos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece as responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde; e

considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) nº 64, de 28 de março de 2012, que publica a Lista das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) da Farmacopeia Brasileira,

considerando a Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 137, Seção 1, de 19 de julho de 2010, que aprova o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional;

considerando o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 84, da Constituição, e

considerando o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 84, da Constituição, e

O Calendário Nacional de Vacinação será adotado de acordo com o disposto no Anexo I.

O Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas será adotado de acordo com o disposto no Anexo II.

As Campanhas Nacionais de Vacinação serão adotadas de acordo com o disposto no Anexo III.

As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão os Calendários de Vacinação para execução das ações de vacinação.

http://www.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html

1/3

Art. 4º Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a execução das ações de vacinação nas áreas indígenas.

Art. 5º O Ministério da Saúde será responsável pela aquisição e pelo fornecimento às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios das vacinas preconizadas nos Calendários e nas Campanhas Nacionais de Vacinação de que trata esta Portaria.

Parágrafo único. Os insumos necessários ao atendimento dos Calendários e das Campanhas Nacionais de Vacinação, quais sejam seringas, agulhas e impressos para registro das atividades de vacinação, serão fornecidos às unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as competências de cada esfera de direção do SUS.

Art. 6º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a gestão da Rede de Frio.

Parágrafo único. Para fins do disposto nesta Portaria, considera-se Rede de Frio o processo de armazenamento, conservação, manuseio, distribuição e transporte de imunobiológicos, sendo composta por:

I - equipe técnica qualificada para execução de suas atividades;

II - equipamentos para execução de suas atividades; e

III - procedimentos padronizados para manutenção das condições adequadas de refrigeração e das características dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o momento de sua administração.

Art. 7º O registro das informações quanto às vacinas administradas será feito nos instrumentos padronizados no âmbito do PNI, obedecendo-se ao fluxo e à periodicidade ali definidos, sendo responsável:

I - das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, no que se refere ao registro no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); e

II - da SESAI/MS, no que se refere ao registro no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Art. 8º A comprovação da vacinação será feita por meio do cartão ou caderneta de vacinação, emitido pelas unidades de saúde públicas e privadas, devidamente credenciadas no âmbito do SUS, contendo as seguintes informações:

I - nome da vacina;

II - data;

III - número do lote;

IV - laboratório produtor;

V - unidade vacinadora; e

VI - nome do vacinador.

Art. 9º Fica a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) autorizada a editar normas complementares a esta Portaria e adotar as medidas necessárias para a implantação e o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação.

Art. 10. O Ministério da Saúde disponibilizará manual instrutivo com normatizações técnicas sobre o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, cujo conteúdo encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs.

Art. 11. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.946/GM/MS, de 19 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 137, Seção 1, de 19 de julho de 2010, que aprova o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional;

II - a Portaria nº 3.318/GM/MS, de 28 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 208, Seção 1, de 28 de outubro de 2010, que aprova o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional;

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXOS

http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html

Base de dados : legis

Pesquisa : 13725

Total de referências : 1

Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

1/1

Título: LEI Nº 13.725 09/01/2004 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.

Projeto: Projeto de Lei Nº 718/2003 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Marta Suplicy

Regulamentação: Decreto nº 44.577/2004 - Regulamenta esta Lei.; ([ver documento](#))Decreto nº 50.079/2008 - Regulamenta esta Lei, revogando a regulamentação anterior. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

Revogação: Revoga a Lei nº 10.153/1986.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 10.770/1989.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 11.728/1995.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 12.039/1996.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 12.268/1996.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 12.369/1997.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 12.371/1997.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 13.456/2002.; ([ver documento](#))Revoga a Lei nº 12.580/1998.; ([ver documento](#))Revoga os arts. 2º, 3º e 35 a 39 da Lei nº 10.309/1987. ([ver documento](#))

Alterações: Lei 15.299/2010 - Acrescenta o art. 50-A a esta Lei.

[[Back](#)]

LEI Nº 13.725, DE 9 DE JANEIRO DE 2004

(Projeto de Lei nº 718/03, do Executivo, aprovado na forma do Substitutivo do Legislativo)

Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.

MARTA SUPPLY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 19 de dezembro de 2003, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

TÍTULO I

CÓDIGO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PRINCÍPIOS, PRECEITOS E DIRETRIZES GERAIS

Art. 1º - Fica instituído o Código Sanitário do Município de São Paulo, fundamentado nos princípios expressos na Constituição Federal, na Constituição do Estado de São Paulo, nas Leis Orgânicas da Saúde - Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no Código de Defesa do Consumidor - Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, no Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995, e na Lei Orgânica do Município de São Paulo, com os seguintes preceitos:

I - descentralização, preconizada nas Constituições Federal e Estadual, bem como na Lei Orgânica do Município de São Paulo, observando-se as seguintes diretrizes:

- a) direção única no âmbito municipal;
- b) municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, estabelecendo-se em legislação específica os critérios de repasse de verbas das esferas federal e estadual;
- c) integração das ações e serviços, com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas;
- d) universalização da assistência com igual qualidade e acesso da população urbana e rural a todos os níveis dos serviços de saúde;

II - participação da sociedade, por meio de:

- a) conferências de saúde;
- b) conselhos de saúde;
- c) representações sindicais;
- d) movimentos e organizações não-governamentais;

III - articulação intra e interinstitucional, mediante o trabalho integrado e articulado entre os diversos órgãos que atuam ou se relacionam com a área de saúde;

IV - publicidade, para garantir o direito à informação, facilitando seu acesso mediante sistematização, divulgação ampla e motivação dos atos;

V - privacidade, devendo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica preservar este direito do cidadão, que só poderá ser sacrificado quando não existir outra maneira de evitar perigo atual ou iminente para a saúde pública.

TÍTULO II

OBJETIVO, CAMPO DE AÇÃO E METODOLOGIA

Art. 2º - Para os efeitos deste Código, entende-se por Vigilância em Saúde as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, que compõem um campo integrado e indissociável de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, desenvolvidos por meio de equipes multiprofissionais, com a participação ampla e solidária da sociedade, por intermédio de suas organizações, entidades e movimentos, estruturando, em seu conjunto, um campo de conhecimento.

§ 1º - As ações de vigilância sanitária abrangem o conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o do trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

§ 2º - As ações de vigilância epidemiológica abrangem o conjunto de atividades que

proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar ou recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

§ 3º - As ações de vigilância em saúde ambiental abrangem, no que se relaciona com o binômio saúde-meio ambiente, o conjunto de medidas de vigilância sanitária e epidemiológica, incluindo-se as ações específicas de prevenção e controle das zoonoses e enfermidades transmitidas por vetores, bem como dos agravos causados pelas diversas formas de poluição do meio ambiente, que serão exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, planejamento urbano, obras públicas e meio ambiente.

§ 4º - As ações de vigilância em saúde do trabalhador abrangem, no que se relaciona com o binômio saúde-trabalho, um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos dos ambientes, das condições e dos processos de trabalho, da manutenção ou incorporação de tecnologias potencialmente nocivas à saúde e, ainda, das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos.

Art. 3º - Os princípios expressos neste Código dispõem sobre precaução, bioética, proteção, promoção e preservação da saúde, no que se refere às atividades de interesse à saúde e meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e têm os seguintes objetivos:

I - assegurar condições adequadas à saúde, à educação, à moradia, ao transporte, ao lazer e ao trabalho;

II - assegurar e promover ações visando o controle de doenças, agravos ou fatores de risco de interesse à saúde;

III - promover a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, garantindo condições de saúde, segurança e bem-estar público;

IV - garantir condições de segurança sanitária na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse da saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem;

V - assegurar e promover a participação da comunidade nas ações de saúde.

Art. 4º - Entende-se por princípio da precaução a garantia de proteção contra os riscos potenciais que, de acordo com o estágio atual do conhecimento científico, não podem ser ainda identificados com segurança, porém podem ensejar a ocorrência de danos sérios ou irreversíveis à vida, à saúde e ao meio ambiente.

§ 1º - A ausência de absoluta certeza científica não deverá ser utilizada como motivo para postergar a adoção de medidas eficazes que visem prevenir o comprometimento da vida, da saúde e do meio ambiente.

§ 2º - Os órgãos de vigilância em saúde municipais, quando houver ameaça de danos sérios ou irreversíveis à vida, à saúde e ao meio ambiente, adotarão medidas intervencionistas preventivas norteadas pelo princípio da precaução.

Art. 5º - Entende-se por bioética o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo uma visão moral, decisões, condutas e políticas, das ciências da vida e cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um ambiente multidisciplinar, que surgiu em função da necessidade de se discutir moralmente os efeitos resultantes do avanço tecnológico das ciências do campo da saúde, bem como aspectos tradicionais da relação de profissionais da saúde com pacientes e voluntários de pesquisas clínicas.

§ 1º - Para os efeitos deste Código, adotam-se as seguintes definições:

I - pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias,

Folha 32
 Proc. Nº 267/16
 Livia Salomão Nogueira
 RF 11.274

relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais está baseado, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência;
 II - pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, que somente pode ser desenvolvida após a devida aprovação pelos órgãos públicos competentes, nos termos da legislação em vigor;

III - protocolo de pesquisa - documento obrigatório que deve contemplar a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis.

§ 2º - No desenvolvimento de pesquisas, devem estar incorporados, com a finalidade de prover segurança ao indivíduo e às coletividades, os cinco referenciais básicos da bioética, ou seja, a autonomia, a não-maleficência, a beneficência, a justiça e a privacidade, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

§ 3º - Nos casos de pesquisa em que o uso de animais é a única maneira de alcançar os resultados desejados, não sendo pertinente o emprego de métodos alternativos à sua utilização, observar-se-á o quanto segue:

I - os animais devem ser mantidos em condições adequadas e o seu número, em cada experimento, ser justificado mediante cálculo estatístico apropriado;

II - os experimentos que causam dor e/ou desconforto devem prever analgesia e anestesia apropriadas à espécie e ao tipo de experimento, sendo de responsabilidade do pesquisador evitar o sofrimento do animal em estudo, exceto quando o estudo da dor for o objetivo da investigação;

III - os animais só poderão ser submetidos às intervenções inscritas nos protocolos de pesquisa, aprovados nos termos da legislação vigente, ou nos programas de aprendizagem cirúrgica de instituições de ensino e pesquisa ou assistenciais, se, durante e após a realização dos procedimentos, receberem cuidados especiais;

IV - ao final do experimento ou em casos de doença ou ferimento em que a eutanásia seja o único procedimento adequado a ser prescrito, a morte dos animais deverá ser realizada mediante o emprego de técnicas consagradas, de acordo com a espécie e de forma rápida, indolor e irreversível.

§ 4º - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em consonância com a Comissão de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria Municipal de Saúde e com o órgão de vigilância em saúde, deve manter banco de dados contendo a relação de todas as pesquisas em saúde desenvolvidas no Município, articulando-se, para tal finalidade, com as Comissões de Ética em Pesquisa das instituições de ensino e pesquisa e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP do Conselho Nacional de Saúde.

§ 5º - Os órgãos de vigilância em saúde municipais zelarão para que, nos estabelecimentos de assistência à saúde, seja observada a legislação aplicável à pesquisa clínica envolvendo os seres humanos.

Art. 6º - Os órgãos de vigilância em saúde incorporarão às suas ações o conceito de biossegurança.

§ 1º - Entende-se por biossegurança o conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem e dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados.

§ 2º - Para os efeitos deste Código, no que for pertinente, aplica-se a legislação estadual e federal aos produtos que possam conter organismos geneticamente modificados, bem como à pesquisa envolvendo esses organismos.

§ 3º - Os órgãos municipais de vigilância em saúde zelarão pelo cumprimento das normas de segurança e mecanismos de fiscalização referentes ao uso das técnicas de

engenharia genética na construção, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, liberação e descarte de organismos geneticamente modificados - OGM, visando proteger a vida e a saúde humana, dos animais e das plantas, bem como o meio ambiente.

Art. 7º - Os órgãos de vigilância em saúde lançarão mão de um conjunto de ações e serviços para detectar, analisar, conhecer, monitorizar e intervir sobre determinantes do processo saúde-doença, incidentes sobre indivíduos ou sobre a coletividade, sejam eles decorrentes do meio ambiente, da produção e/ou circulação de produtos ou da prestação de serviços de interesse da saúde, com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde da população.

Art. 8º - Constitui atributo dos órgãos que compõem o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, das suas equipes multiprofissionais e dos seus agentes, o exercício do poder de polícia administrativa no desenvolvimento de ações e serviços que visam promover e proteger a saúde humana e animal, controlar as doenças e agravos à saúde, preservar o meio ambiente, inclusive o do trabalho, e defender a vida.

Art. 9º - Observadas as normas vigentes no âmbito do Sistema Municipal de Auditoria e Avaliação, deve ser mantido processo contínuo de acompanhamento e avaliação das ações de vigilância em saúde, com vistas ao aprimoramento técnico-científico e à melhoria da qualidade das ações.

Art. 10 - Cabe à direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, a elaboração de normas, códigos e orientações, observadas as normas gerais de competência da União e do Estado, no que diz respeito às questões das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica e em saúde do trabalhador, conforme o disposto no artigo 30, inciso I, da Constituição Federal.

Art. 11 - À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, cabe a formulação da política de recursos humanos para a área da saúde, devendo ser mantido serviço de capacitação permanente dos profissionais que atuam na vigilância em saúde, de acordo com os objetivos e campo de atuação.

Art. 12 - As informações referentes às ações de vigilância em saúde devem ser amplamente divulgadas à população, por intermédio de diferentes meios de comunicação.

Art. 13 - A vigilância em saúde deve organizar serviços de captação de reclamações e denúncias, divulgando periodicamente as estatísticas por tipo de estabelecimento, motivo da denúncia e providências adotadas em cada caso, preservando o sigilo quanto à identificação do denunciante.

Art. 14 - O Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Município, deverá coletar, analisar e divulgar dados estatísticos de interesse para as atividades de saúde pública por meio dos órgãos de vigilância em saúde, de informação e, ainda, de auditoria e avaliação da Secretaria Municipal da Saúde.

§ 1º - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em consonância com o órgão competente de vigilância em saúde, deve organizar o Subsistema de Informações de Vigilância em Saúde, articulados com os respectivos Sistemas Estadual e Federal.

§ 2º - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão de vigilância em saúde, com o órgão de auditoria e avaliação e com outras instâncias técnico-administrativas do Sistema de Saúde Municipal, deve garantir:

- I - a análise dos dados dos sistemas de informação de morbidade e mortalidade nacionais implantados no Município de São Paulo, bem como de sistemas de informação de morbidade e mortalidade específicos de abrangência municipal;
- II - a divulgação periódica de informações sobre morbidade e mortalidade registrada na população residente no Município de São Paulo, bem como nos estabelecimentos de

assistência à saúde neles instalados, em especial naqueles que assistem seus usuários em regime de internação hospitalar.

Art. 15 - Os órgãos e entidades públicos e as entidades do setor privado, participantes ou não do Sistema Único de Saúde - SUS, deverão fornecer informações à direção municipal do Sistema e ao órgão competente de vigilância em saúde, na forma solicitada, para fins de planejamento, de correção finalística de atividades, de monitoramento das condições de funcionamento de estabelecimentos, de controle de fatores de risco a que possa estar exposta a coletividade e de elaboração de estatísticas de saúde.

Art. 16 - Os estabelecimentos de assistência à saúde e outros tipos de estabelecimentos de interesse da saúde, de natureza agropecuária, industrial ou comercial, e os profissionais de saúde, quando solicitados, deverão remeter aos órgãos de vigilância em saúde:

I - dados e informações necessários à elaboração de estatísticas de saúde;

II - informações e depoimentos de importância para a vigilância em saúde.

Art. 17 - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, deve manter fluxo adequado de informações aos órgãos estadual e federal competentes, de acordo com a legislação em vigor.

TÍTULO III

SAÚDE E MEIO AMBIENTE

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 - Constitui finalidade das ações de vigilância em saúde sobre o meio ambiente o enfrentamento dos problemas ambientais e ecológicos, de modo a serem sanados ou minimizados a fim de não representarem risco à vida, levando em consideração aspectos da economia, da política, da cultura e da ciência e tecnologia, com vistas ao desenvolvimento sustentado, como forma de garantir a qualidade de vida e a proteção ao meio ambiente.

Art. 19 - São fatores ambientais de risco à saúde aqueles decorrentes de qualquer situação ou atividade no meio ambiente, principalmente os relacionados à organização territorial, ao ambiente construído, ao saneamento ambiental, às fontes de poluição, à proliferação de artrópodes nocivos, a vetores e hospedeiros intermediários, às atividades produtivas e de consumo, às substâncias perigosas, tóxicas, explosivas, inflamáveis, corrosivas e radioativas, bem como a quaisquer outros fatores que ocasionem ou possam vir a ocasionar risco ou dano à saúde, à vida ou à qualidade de vida.

§ 1º - Os critérios, parâmetros, padrões, metodologias de monitoramento ambiental e biológico e de avaliação dos fatores de risco citados neste artigo são os definidos neste Código, em normas técnicas e nos demais diplomas legais vigentes.

§ 2º - Os proprietários de imóveis particulares ou legalmente estabelecidos são responsáveis pela manutenção de sua propriedade em condições sanitárias que dificultem a presença de animais sinantrópicos que possam comprometer a preservação da saúde pública.

Art. 20 - A autoridade sanitária, motivadamente e com respaldo científico e tecnológico, pode determinar intervenções em saneamento ambiental, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população.

§ 1º - Os órgãos de vigilância em saúde deverão manter programação permanente de monitoramento das atividades potencialmente contaminadoras de áreas urbanas ou rurais, bem como garantir a concretização dos projetos de remediação de áreas contaminadas.

§ 2º - Os órgãos de vigilância em saúde deverão manter cadastro atualizado das áreas contaminadas.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL, ASSENTAMENTOS HUMANOS E SANEAMENTO AMBIENTAL

Art. 21 - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do órgão competente de vigilância em saúde, deve emitir parecer técnico de avaliação de impacto à saúde sobre projetos de organização territorial, assentamentos humanos e saneamento ambiental que, por sua magnitude, representem risco à saúde pública.

Parágrafo único - O parecer referido no "caput" deverá versar, dentre outros, sobre aspectos de drenagem, infra-estrutura sanitária, manutenção de áreas livres e institucionais, sistemas de lazer, índices de ocupação e de densidade demográfica.

Art. 22 - Toda e qualquer edificação, urbana ou rural, deve ser construída e mantida, observando-se:

I - a proteção contra as enfermidades transmissíveis e enfermidades crônicas, inclusive aquelas transmitidas ao homem por animais e vetores;

II - a prevenção de acidentes e intoxicações;

III - a redução dos fatores de estresse psicológico e social;

IV - a preservação do ambiente do entorno;

V - o uso adequado da edificação em função de sua finalidade;

VI - o respeito a grupos humanos vulneráveis.

Art. 23 - Toda e qualquer instalação destinada à criação, à manutenção e à reprodução de animais, em zona urbana ou rural, deve ser construída, mantida e operada em condições sanitárias adequadas e sem causar incômodo à população e transtornos ao entorno.

§ 1º - Os proprietários de imóveis residenciais ou legalmente estabelecidos, onde existam criações de animais, são responsáveis pela manutenção das instalações destinadas a esse fim.

§ 2º - As instalações devem obedecer aos princípios de bem-estar animal e adequar-se às exigências da espécie abrigada no local.

§ 3º - A criação de outros animais em área urbana do Município estará sujeita às normas emanadas da autoridade sanitária municipal.

§ 4º - Todo biotério, mantido por estabelecimento ou instituição pública ou privada, deve contar com responsável técnico cadastrado no órgão de vigilância em saúde municipal, bem como dispor de instalações, equipamentos e recursos humanos adequados à execução de suas atividades técnicas.

§ 5º - A vacinação anti-rábica e o registro de cães e gatos são obrigatórios, cabendo a sua regulamentação ao órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

Art. 24 - Além da observância à legislação municipal pertinente, toda edificação, ampliação ou reforma de imóvel, qualquer que seja o fim a que se destine, deve também atender às normas de edificações específicas federais, estaduais e municipais.

SEÇÃO I

ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

Art. 25 - Todo e qualquer sistema de abastecimento de água, público ou privado, individual ou coletivo, está sujeito à fiscalização da autoridade sanitária competente, em todos os aspectos que possam afetar a saúde pública.

§ 1º - Os órgãos de vigilância em saúde manterão programação permanente de vigilância e controle da qualidade da água fornecida pelo sistema de abastecimento de água para consumo humano, inclusive no caso de soluções alternativas de abastecimento de água para essa finalidade.

§ 2º - A Secretaria Municipal da Saúde ou o órgão competente em vigilância em saúde publicará norma técnica sobre a programação permanente de monitoramento da qualidade da água para consumo humano no Município de São Paulo.

§ 3º - Os órgãos de vigilância em saúde, no âmbito de sua competência, colaborarão para a preservação de mananciais.

Art. 26 - Os projetos de construção, ampliação e reforma de sistemas de abastecimento de água, públicos ou privados, individuais ou coletivos, devem ser elaborados, executados e operados conforme as normas técnicas estabelecidas pela autoridade sanitária competente.

Art. 27 - Nos projetos, obras e operações de sistemas de abastecimento de água, públicos ou privados, individuais ou coletivos, devem ser obedecidos os seguintes princípios gerais, independentemente de outras exigências técnicas eventualmente estabelecidas:

I - a água distribuída deve obedecer às normas e aos padrões de potabilidade estabelecidos pela legislação vigente;

II - todos os materiais, equipamentos e produtos químicos utilizados em sistemas de abastecimento de água devem atender às exigências e especificações das normas técnicas estabelecidas pela autoridade sanitária competente, a fim de não alterar o padrão de potabilidade da água distribuída;

III - toda água distribuída por sistema de abastecimento deve ser submetida, obrigatoriamente, a um processo de desinfecção, de modo a assegurar sua qualidade do ponto de vista microbiológico e manter concentração residual do agente desinfetante na rede de distribuição, de acordo com norma técnica;

IV - deve ser mantida pressão positiva em qualquer ponto da rede de distribuição;

V - a fluoretação da água distribuída por meio de sistemas de abastecimento deve obedecer ao padrão estabelecido pela legislação vigente.

SEÇÃO II

ESGOTAMENTO SANITÁRIO

Art. 28 - Todo e qualquer sistema de esgotamento sanitário, público ou privado, individual ou coletivo, está sujeito à fiscalização da autoridade sanitária competente, em todos os aspectos que possam afetar a saúde pública.

Art. 29 - Os projetos de construção, ampliação e reforma de sistemas de esgotamento sanitário, públicos ou privados, individuais ou coletivos, devem ser elaborados, executados e operados conforme normas técnicas estabelecidas pela legislação vigente.

Art. 30 - A utilização, em atividades agropecuárias, de água fora dos padrões de potabilidade, de esgotos sanitários ou de lodo proveniente de processos de tratamento de esgotos só será permitida se em conformidade com as pertinentes normas técnicas.

SEÇÃO III

RESÍDUOS SÓLIDOS

Art. 31 - Todo e qualquer sistema, individual ou coletivo, público ou privado, de geração, armazenamento, coleta, transporte, tratamento, reciclagem e destinação final de resíduos sólidos de qualquer natureza, gerados ou introduzidos no Município, está sujeito à fiscalização da autoridade sanitária competente, em todos os aspectos que possam afetar a saúde pública.

§ 1º - Os proprietários de imóveis residenciais ou legalmente estabelecidos são responsáveis pela disposição adequada de resíduos provenientes da manutenção e criação de animais, de acordo com a legislação municipal, estadual e federal vigente.

§ 2º - Os responsáveis legais e técnicos pelos estabelecimentos de assistência à saúde, bem como pelos estabelecimentos industriais e comerciais relacionados aos produtos e substâncias de interesse da saúde, devem inserir, em suas normas de rotinas e procedimentos e normas de boas práticas de fabricação, as orientações adequadas sobre resíduos sólidos que abordem o acondicionamento no local da geração, o armazenamento interno, o armazenamento externo e o transporte no interior dos estabelecimentos.

Art. 32 - Os projetos de implantação, construção, ampliação e reforma de sistemas de coleta, transporte, tratamento, reciclagem e destinação final de resíduos sólidos devem ser elaborados, executados e operados conforme normas técnicas estabelecidas pela

legislação vigente.

Art. 33 - Fica proibida a reciclagem de resíduos sólidos infectantes gerados por estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

Art. 34 - As instalações destinadas ao manuseio de resíduos com vistas à sua reciclagem devem ser projetadas, operadas e mantidas de forma tecnicamente adequada, a fim de não vir a comprometer a saúde humana e o meio ambiente.

Art. 35 - As condições sanitárias de acondicionamento, transporte, incineração, localização e forma de disposição final dos resíduos perigosos, tóxicos, explosivos, inflamáveis, corrosivos, radioativos e imunobiológicos, devem obedecer às normas técnicas específicas e ficam sujeitas à fiscalização da autoridade sanitária.

TÍTULO IV

SAÚDE E TRABALHO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36 - A saúde do trabalhador deve ser resguardada, tanto nas relações sociais que se estabelecem entre o capital e o trabalho, quanto no processo de produção.

§ 1º - Nas relações estabelecidas entre o capital e o trabalho, estão englobados os aspectos econômicos, organizacionais e ambientais da produção de bens e serviços.

§ 2º - As ações na área de saúde do trabalhador previstas neste Código compreendem o meio ambiente urbano e rural.

§ 3º - Para os efeitos do disposto no "caput", as autoridades sanitárias deverão executar ações de inspeção em ambientes de trabalho, visando ao cumprimento da legislação sanitária vigente, incluindo a análise dos processos de trabalho que possam colocar em risco a saúde dos trabalhadores.

Art. 37 - São obrigações do empregador, além daquelas estabelecidas na legislação em vigor:

I - manter as condições e a organização de trabalho, garantindo a promoção, proteção e preservação da saúde dos trabalhadores;

II - garantir e facilitar o acesso aos locais de trabalho, pelas autoridades sanitárias, Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPAs e pelos representantes dos sindicatos de trabalhadores, a qualquer dia e horário, fornecendo-lhes todas as informações e dados solicitados;

III - garantir a participação, nas atividades de fiscalização, dos trabalhadores para tal fim requisitados pela autoridade sanitária;

IV - dar ampla informação aos trabalhadores e CIPAs sobre os riscos aos quais estão expostos;

V - arcar com os custos de estudos e pesquisas que visem esclarecer os riscos decorrentes das condições de trabalho e do meio ambiente;

VI - comunicar imediatamente à autoridade sanitária a detecção de quaisquer riscos para a saúde do trabalhador, de qualquer natureza, tais como físicos, químicos, biológicos, operacionais ou provenientes da organização do trabalho, elaborando cronograma de implementação de sua correção.

Art. 38 - As autoridades sanitárias que executam ações de vigilância em saúde do trabalhador devem desempenhar suas funções, observando os seguintes princípios e diretrizes:

I - informar aos trabalhadores, CIPAs e respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;

II - assegurar a participação das CIPAs, das comissões de saúde e dos sindicatos de trabalhadores na formulação, planejamento, avaliação e controle de programas de saúde do trabalhador;

III - assegurar às CIPAs, às comissões de saúde e aos sindicatos de trabalhadores a participação nos atos de fiscalização, avaliação e pesquisa referentes ao ambiente de trabalho ou à saúde, garantindo acesso aos resultados obtidos;

- IV - assegurar ao trabalhador em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho a interrupção de suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco;
- V - assegurar aos sindicatos o direito de requerer ao órgão competente do Serviço de Vigilância em Saúde a interdição de máquinas, de parte ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores e da população, com imediata ação do poder público competente;
- VI - considerar o conhecimento do trabalhador como tecnicamente fundamental para o levantamento das áreas de risco e dos danos à saúde;
- VII - estabelecer normas técnicas para a proteção da saúde no trabalho, da mulher no período de gestação, do menor e dos portadores de deficiência;
- VIII - considerar os preceitos e as recomendações dos organismos internacionais do trabalho na elaboração de normas técnicas específicas.

Art. 39 - É dever da autoridade sanitária competente indicar, bem como obrigação do empregador, adotar todas as medidas necessárias para a plena correção de irregularidades nos ambientes de trabalho, observados os seguintes níveis de prioridades:

- I - eliminação das fontes de riscos;
- II - medidas de controle diretamente na fonte;
- III - medidas de controle no ambiente de trabalho;
- IV - utilização de equipamentos de proteção individual, que somente deverá ser permitida nas situações de emergência ou nos casos específicos em que for a única possibilidade de proteção, e dentro do prazo estabelecido no cronograma de implantação das medidas de proteção coletiva.

CAPÍTULO II

ESTRUTURAÇÃO DAS ATIVIDADES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

SEÇÃO I

DOS RISCOS NO PROCESSO DE PRODUÇÃO

Art. 40 - O transporte, a movimentação, o manuseio e o armazenamento de materiais, o transporte de pessoas, os veículos e os equipamentos usados nessas operações devem obedecer a critérios estabelecidos em normas técnicas, que preservem a saúde do trabalhador.

Art. 41 - A fabricação, importação, venda, locação, instalação, operação e manutenção de máquinas e equipamentos devem, de igual modo, obedecer ao disposto no artigo 40 desta lei.

Art. 42 - As empresas devem manter sob controle os fatores ambientais de risco à saúde do trabalhador, como ruído, iluminação, calor, frio, umidade, radiações, agentes químicos, pressões hiperbáricas e outros de interesse da saúde, dentro dos critérios estabelecidos em normas técnicas ou reconhecidos como cientificamente válidos.

Art. 43 - A organização do trabalho deve adequar-se às condições psicofisiológicas dos trabalhadores, tendo em vista as possíveis repercussões negativas sobre a saúde, quer diretamente por meio dos fatores que a caracterizam, quer pela potencialização dos riscos de natureza física, química, biológica e psicossocial, presentes no processo de produção.

Parágrafo único - Na ausência de norma técnica federal e estadual, o órgão competente do Sistema de Vigilância em Saúde Municipal deve elaborar instrumentos normativos relacionados aos aspectos da organização do trabalho e ergonômicos que possam expor a risco a saúde dos trabalhadores.

TÍTULO V

PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS DE INTERESSE DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 - Entende-se por produtos e substâncias de interesse da saúde os alimentos, águas minerais e de fontes, bebidas, aditivos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos, perfumes, produtos de higiene, saneantes, domissanitários, agrotóxicos, materiais de revestimento e embalagens ou outros produtos que possam trazer riscos à saúde.

Art. 45 - Compete à autoridade sanitária a avaliação e controle de riscos, a normatização, a fiscalização e controle das condições sanitárias e técnicas relacionadas à importação, exportação, extração, produção, manipulação, beneficiamento, acondicionamento, transporte, armazenamento, distribuição, dispensação, esterilização, embalagem e reembalagem, aplicação, comercialização e uso, referentes aos produtos e substâncias de interesse da saúde.

Parágrafo único - A fiscalização de que trata este artigo estende-se à propaganda e à publicidade dos produtos e substâncias de interesse da saúde.

Art. 46 - Os estabelecimentos industriais, comerciais e de prestação de serviços relacionados aos produtos e substâncias de interesse da saúde são responsáveis pela manutenção dos padrões de identidade, qualidade e segurança, definidos a partir de normas técnicas, aprovadas pelo órgão competente, bem como pelo cumprimento de normas de boas práticas de fabricação e de normas de boas práticas de prestação de serviços.

§ 1º - Os estabelecimentos referidos no "caput" deste artigo, sempre que solicitados pela autoridade sanitária, devem apresentar o fluxograma de produção e os documentos e instrumentos que expressem o cumprimento das normas de boas práticas de fabricação e de prestação de serviços.

§ 2º - Deve ser assegurado ao trabalhador o acesso aos documentos e instrumentos que expressem o cumprimento de normas de boas práticas de fabricação e de normas de boas práticas de prestação de serviços.

Art. 47 - Os profissionais de saúde devem formular suas prescrições de medicamentos com base na sua denominação genérica, aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, fará afixar, em todos os dispensários de medicamentos, a lista de medicamentos identificados por sua denominação genérica.

Art. 48 - A comercialização dos produtos importados de interesse da saúde fica sujeita à prévia autorização da autoridade sanitária competente.

Art. 49 - A rotulagem de produtos de interesse da saúde deve obedecer às exigências da legislação vigente.

CAPÍTULO II

ESTABELECIMENTOS DE PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS DE INTERESSE DA SAÚDE

Art. 50 - As disposições referentes às condições de funcionamento dos estabelecimentos industriais, comerciais e de prestação de serviços relacionados aos produtos e substâncias de interesse da saúde, no que for pertinente, devem seguir as regulamentações específicas vigentes.

§ 1º - Os estabelecimentos farmacêuticos, industriais e comerciais, devem ter local adequado e seguro para guarda de produtos e substâncias de controle sanitário especial, definido pela legislação vigente.

§ 2º - Os estabelecimentos referidos no parágrafo 1º deste artigo devem manter registro de controle de estoque dos produtos e substâncias de controle sanitário especial.

Art. 51 - As farmácias e drogarias podem manter serviços de atendimento ao público para a aplicação de injeções e curativos de pequeno porte, desde que realizados pelo farmacêutico, de acordo com normas técnicas específicas.

Parágrafo único - Às ervanárias e postos de medicamentos, fica vedado o exercício das

Coisa
Proc. N°. 267/16
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

atividades mencionadas neste artigo.

CAPÍTULO III

PROPAGANDA DE PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS

DE INTERESSE DA SAÚDE

Art. 52 - As amostras grátis distribuídas pelos estabelecimentos industriais de produtos farmacêuticos devem ser dirigidas exclusivamente ao médico, ao cirurgião-dentista e ao médico veterinário, devendo a propagandadesses produtos restringir-se à sua identidade, qualidade e indicação de uso, de acordo com as normas federais vigentes.

Art. 53 - Fica vedada a permanência, nos estabelecimentos comerciais farmacêuticos, de amostras grátis e de produtos destinados à distribuição gratuita.

Art. 54 - É proibida a veiculação de propaganda de produtos farmacêuticos e outros correlatos que contenham promoções, ofertas, doações, concursos e prêmios dirigidos aos médicos, cirurgiões-dentistas, médicos veterinários ou quaisquer outros profissionais de saúde, de acordo com as normas federais vigentes.

CAPÍTULO IV

EVENTOS ADVERSOS À SAÚDE

Art. 55 - Para os efeitos deste Código, todos os estabelecimentos industriais, comerciais e de prestação de serviços, relacionados aos produtos e substâncias de interesse da saúde, são obrigados a notificar os órgãos de vigilância em saúde a ocorrência de eventos adversos à saúde, de que vierem a tomar conhecimento ou forem cientificados por usuários ou profissionais de saúde, decorrentes do uso ou emprego de:

I - medicamentos e drogas;

II - produtos correlatos;

III - cosméticos e perfumes;

IV - saneantes domissanitários;

V - agrotóxicos;

VI - alimentos industrializados, a serem definidos em norma técnica;

VII - outros produtos definidos por ato administrativo da autoridade sanitária.

Art. 56 - A obrigatoriedade prevista no artigo 55 desta lei aplica-se aos estabelecimentos de assistência à saúde, a seus responsáveis legais e técnicos, bem como a seus profissionais de saúde, em especial aos médicos e cirurgiões-dentistas.

Art. 57 - O órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde estabelecerá o fluxo das notificações previstas nos artigos 55 e 56 desta lei, bem assim tornará públicos os instrumentos utilizados para a comunicação, às autoridades sanitárias, de eventos adversos à saúde.

TÍTULO VI

ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58 - Para os fins deste Código e das pertinentes normas técnicas, são consideradas de interesse da saúde todas as ações que, direta ou indiretamente, estejam relacionadas com a promoção, proteção e preservação da saúde, dirigidas à população e realizadas por órgãos públicos, empresas públicas, empresas privadas, instituições filantrópicas, outras pessoas jurídicas de direito público ou direito privado, bem como pessoas físicas.

CAPÍTULO II

ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 59 - Para os fins deste Código e das pertinentes normas técnicas, considera-se assistência à saúde a atenção à saúde prestada nos estabelecimentos definidos e regulamentados em norma técnica, destinados precipuamente à promoção, proteção, recuperação e à reabilitação da saúde, bem como à prevenção de doenças, inclusive asilos, casas de repouso ou congêneres.

Art. 60 - Devem implantar e manter programação permanente de controle de infecção os estabelecimentos de assistência à saúde que:

- I - precipuamente, assistem usuários em regime de internação hospitalar;
- II - assistem usuários em regime ambulatorial e contem com centro cirúrgico no qual sejam realizados procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais;
- III - assistem usuários em regime ambulatorial e realizem procedimentos médicos invasivos em diagnose e terapia;
- IV - estejam definidos em norma técnica.

§ 1º - A responsabilidade pessoal dos profissionais de saúde pelo controle de infecção em seus ambientes de trabalho independe da existência da programação permanente referida neste artigo.

§ 2º - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem manter comissão de controle de infecção que elabore procedimentos técnicos padronizados e coordene e execute ações inerentes à programação permanente de controle de infecção.

§ 3º - A composição da comissão de controle de infecção dos estabelecimentos aludidos no inciso I do "caput" deste artigo deve atender às disposições da legislação federal pertinente e, no caso dos estabelecimentos referidos nos incisos II, III e IV, às disposições de regulamentação específica.

Art. 61 - Os estabelecimentos de assistência à saúde e os veículos para transporte de paciente devem ser mantidos em rigorosas condições de higiene, observando-se as normas de controle de infecção estipuladas na legislação sanitária.

Art. 62 - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem adotar procedimentos adequados na geração, acondicionamento, fluxo, transporte, armazenamento, destino final e demais questões relacionadas com resíduos de serviços de saúde, conforme legislação sanitária.

Art. 63 - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem possuir condições adequadas para o exercício da atividade profissional na prática de ações que visem à proteção, promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde.

Art. 64 - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem possuir quadro de profissionais legalmente habilitados, em número adequado à demanda, às atividades desenvolvidas e à legislação profissional vigente.

Parágrafo único - Os estabelecimentos de assistência à saúde que, por suas características e finalidades, destinam-se a prestar serviços em regime de internação hospitalar e em urgência e emergência ambulatorial ou pronto atendimento, devem contar com quadro de profissionais legalmente habilitados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, em número adequado à demanda e às atividades desenvolvidas, especialmente médicos e enfermeiros.

Art. 65 - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem possuir instalações, equipamentos, instrumentais, utensílios e materiais de consumo indispensáveis e condizentes com suas finalidades e em perfeito estado de conservação e funcionamento, de acordo com normas técnicas específicas.

Art. 66 - Cabe ao responsável técnico pelo estabelecimento e/ou serviço, o funcionamento adequado dos equipamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, durante sua vida útil, instalados ou utilizados pelos estabelecimentos de assistência à saúde.

§ 1º - Respondem solidariamente pelo funcionamento adequado dos equipamentos:

- I - o proprietário, a quem caberá a compra do equipamento adequado, sua instalação, manutenção permanente e reparos;
- II - o fabricante, cabendo-lhe prover os equipamentos do certificado de garantia, manual de instalação, operacionalização, especificações técnicas e assistência técnica permanente;
- III - a rede de assistência técnica, cabendo-lhe garantir o acesso aos equipamentos nas condições estabelecidas no inciso II deste parágrafo.

§ 2º - Os equipamentos, quando não estiverem em perfeitas condições de uso, devem ficar fora da área de atendimento ou, quando a remoção for impossível, exibir aviso inequívoco de proibição de uso.

Art. 67 - Os estabelecimentos de assistência à saúde que utilizarem, em seus procedimentos, medicamentos ou substâncias psicotrópicas ou sob regime de controle especial, devem manter controles e registros na forma prevista na legislação sanitária.

Art. 68 - Todos os estabelecimentos de assistência à saúde devem manter, de forma organizada e sistematizada, os registros de dados de identificação dos pacientes, de exames clínicos e complementares, dos procedimentos realizados ou da terapêutica adotada, da evolução e das condições de alta, apresentando-os à autoridade sanitária sempre que esta o solicitar, justificadamente, por escrito.

Parágrafo único - Os documentos previstos no "caput" devem ser guardados pelo tempo previsto em legislação específica.

CAPÍTULO III

ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE INDIRETO DA SAÚDE

Art. 69 - Para os fins deste Código, são considerados de interesse indireto da saúde todos os estabelecimentos e atividades nele não relacionados, cuja prestação de serviços ou fornecimento de produtos possa constituir risco à saúde pública.

TÍTULO VII

VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE

CAPÍTULO I

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE

Art. 70 - As doenças e agravos de notificação compulsória, no âmbito do Município, serão definidas mediante normas técnicas específicas, em consonância com o estabelecido na legislação federal e estadual e neste Código.

Parágrafo único - No âmbito do Município, devem também ser notificados aos órgãos de vigilância em saúde:

I - os acidentes de trabalho;

II - as doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho;

III - os eventos adversos à saúde, decorrentes do uso ou emprego de produtos a que se referem os incisos I a VII do artigo 55 deste Código;

IV - as doenças transmitidas por alimentos.

Art. 71 - A notificação de doenças, quando compulsória, deve ser feita à autoridade sanitária local por:

I - médicos chamados para prestar cuidados ao doente, mesmo que não assumam a direção do tratamento;

II - responsáveis por estabelecimentos de assistência à saúde e instituições médico-sociais de qualquer natureza;

III - responsáveis por laboratórios que executem exames microbiológicos, sorológicos, anátomo-patológicos ou radiológicos;

IV - farmacêuticos, bioquímicos, veterinários, dentistas, enfermeiros, parteiras e pessoas que exerçam profissões afins;

V - responsáveis por estabelecimentos prisionais, de ensino, creches, locais de trabalho, ou habitações coletivas em que se encontre o doente;

VI - responsáveis pelos serviços de verificação de óbito e institutos médico-legais;

VII - responsáveis pelo automóvel, caminhão, ônibus, trem, avião, embarcação ou qualquer outro meio de transporte em que se encontre o doente.

§ 1º - A notificação de quaisquer doenças e agravos referidos neste artigo deve ser feita à simples suspeita e o mais precocemente possível, pessoalmente, por telefone ou por qualquer outro meio rápido disponível, à autoridade sanitária.

§ 2º - As doenças e agravos referidos no "caput", que dependem de confirmação diagnóstica, devem ter a confirmação da suspeita notificada após a realização dos

exames complementares, conforme norma técnica específica.

Art. 72 - É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência, comprovada ou presumível, de doença e agravos à saúde de notificação compulsória, nos termos do artigo 71.

Art. 73 - A notificação compulsória de casos de doenças e agravos tem caráter sigiloso, obrigando-se a autoridade sanitária a mantê-lo.

Parágrafo único - Excepcionalmente, a identificação do paciente fora do âmbito médico-sanitário poderá ser feita em caso de grande risco à comunidade, a critério da autoridade e com conhecimento prévio do paciente ou de seu responsável, estando o ato formalmente motivado.

Art. 74 - As informações essenciais à notificação compulsória, bem como as instruções sobre o processo de notificação, constarão de normas técnicas.

CAPÍTULO II

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MEDIDAS DE CONTROLE

Art. 75 - Recebida a notificação, a autoridade sanitária deve proceder à investigação epidemiológica pertinente.

§ 1º - A autoridade sanitária pode exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno, visando à proteção da saúde, mediante justificativa por escrito.

§ 2º - Quando houver indicação e conveniência, a autoridade sanitária pode exigir a coleta de amostra de material para exames complementares, mediante justificativa por escrito.

Art. 76 - Em decorrência dos resultados parciais ou finais das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que trata o artigo 75, fica a autoridade sanitária obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para controle da doença ou agravo à saúde, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ao meio ambiente.

Parágrafo único - De acordo com a doença, as ações de controle devem ser complementadas por medidas de combate a vetores biológicos e seus reservatórios.

Art. 77 - As instruções sobre o processo de investigação epidemiológica em cada doença ou agravo à saúde, bem como as medidas de controle indicadas, serão objeto de normas técnicas.

Art. 78 - Em decorrência das investigações epidemiológicas, a autoridade sanitária local deve adotar medidas pertinentes, podendo, inclusive, providenciar o fechamento total ou parcial de estabelecimentos, centros de reunião ou diversão, escolas, creches e quaisquer locais abertos ao público, durante o tempo julgado necessário, observada a legislação vigente.

CAPÍTULO III

VACINAÇÃO DE CARÁTER OBRIGATÓRIO

Art. 79 - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, é responsável pela coordenação e execução dos programas de imunizações de interesse da saúde pública.

Parágrafo único - A relação das vacinas de caráter obrigatório no Município deverá ser regulamentada por norma técnica, em consonância com a legislação federal e estadual.

Art. 80 - É dever de todo cidadão submeter-se à vacinação obrigatória, assim como os menores sob sua guarda ou responsabilidade.

Parágrafo único - Só deve ser dispensada da vacinação obrigatória a pessoa que apresentar atestado médico e contra-indicação explícita de aplicação da vacina.

Art. 81 - O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações deve ser comprovado mediante atestado da vacinação, adequado à norma técnica referida no parágrafo único do artigo 80, emitido pelos serviços de saúde que aplicarem as vacinas.

Art. 82 - Os atestados de vacinação obrigatória não podem ser retidos por qualquer pessoa, natural ou jurídica.

Art. 83 - Todo estabelecimento de saúde, público ou privado, que aplique vacinas, obrigatórias ou não, deve cadastrar-se perante a autoridade sanitária competente.

Parágrafo único - A autoridade sanitária deve regulamentar, em norma técnica, o funcionamento dos estabelecimentos referidos no "caput", bem como o fluxo de informações, cabendo-lhe, ainda, a responsabilidade por sua supervisão periódica.

Art. 84 - As vacinas fornecidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS são gratuitas, inclusive quando aplicadas por estabelecimentos de saúde privados, assim como os atestados que comprovem sua aplicação.

Art. 85 - Todo e qualquer estabelecimento de assistência à saúde que desenvolva atividades de imunização, independentemente de sua natureza jurídica e forma de gerenciamento, é obrigado a enviar, trimestralmente, aos órgãos de vigilância em saúde, o número de doses aplicadas por mês, segundo o tipo de imunobiológico aplicado e faixa etária.

CAPÍTULO IV

ATESTADO DE ÓBITO

Art. 86 - O atestado de óbito é documento indispensável para o sepultamento e deverá ser fornecido por médico, em impresso especialmente destinado a esse fim.

Art. 87 - Quando o óbito for decorrente de acidente, violência ou causa suspeita, segundo determinação legal, o atestado será fornecido por perito legista, após necropsia no Instituto Médico Legal.

Art. 88 - Quando o óbito for decorrente de causa mal definida ou ocorrer sem assistência médica, o corpo deve ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos para necropsia, conforme disposto na legislação vigente.

CAPÍTULO V

INUMAÇÕES, EXUMAÇÕES, TRASLADAÇÕES E CREMAÇÕES

Art. 89 - As inumações, exumações, trasladações e cremações deverão ser disciplinadas em normas técnicas, em consonância com a legislação federal e estadual pertinente.

TÍTULO VIII

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

CAPÍTULO I

FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA

SAÚDE E DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS, DE

PRODUÇÃO, EMBALAGEM E MANIPULAÇÃO DE

PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS DE

INTERESSE DA SAÚDE

Art. 90 - Todos os estabelecimentos de interesse da saúde e os estabelecimentos comerciais, de produção, embalagem e manipulação de produtos e substâncias de interesse da saúde, antes de iniciarem suas atividades, devem encaminhar à autoridade sanitária declaração de que suas atividades, instalações, equipamentos e recursos humanos obedecem à legislação sanitária vigente, para fins de obtenção do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde.

§ 1º - Os estabelecimentos devem comunicar à autoridade sanitária competente as modificações nas instalações e equipamentos, bem como a inclusão de atividades e quaisquer outras alterações que repercutam na identidade, qualidade e segurança dos produtos ou serviços oferecidos à população.

§ 2º - Os estabelecimentos comerciais que pretendam vender ou possibilitar o consumo de bebidas alcoólicas deverão informar tal pretensão à autoridade sanitária competente, em formulário próprio.

§ 3º - Constatando que a declaração e a comunicação previstas no "caput" e no parágrafo 1º deste artigo são inverídicas, deverá a autoridade sanitária comunicar o

fato ao Ministério Público, para fins de apuração de eventual ilícito penal, sem prejuízo da adoção dos demais procedimentos administrativos.

Art. 91 - Todo estabelecimento que mantenha serviço de transporte de pacientes, bem como de produtos e substâncias de interesse da saúde, deve apresentar, perante a autoridade sanitária competente, declaração individualizada de cada veículo, dela fazendo constar, obrigatoriamente, equipamentos e recursos humanos, para fins de cadastramento.

Art. 92 - Os estabelecimentos de assistência à saúde devem contar com responsável técnico legalmente habilitado, que deverá estar presente durante o período de seu funcionamento.

Parágrafo único - O órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde disciplinará, no que for pertinente, a assunção de responsabilidade técnica de estabelecimentos de interesse da saúde, excetuando-se os estabelecimentos de que trata o "caput" deste artigo.

Art. 93 - Os estabelecimentos comerciais, de produção, embalagem e manipulação de produtos e substâncias de interesse da saúde, cuja assunção de responsabilidade técnica estiver regulamentada na legislação vigente, devem contar com responsável técnico legalmente habilitado, que deverá estar presente durante o período de seu funcionamento.

Parágrafo único - O órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, disciplinará, no que for pertinente, a assunção de responsabilidade técnica de estabelecimentos de produtos e substâncias de interesse da saúde.

Art. 94 - As empresas ou as pessoas físicas que mantêm estabelecimentos de interesse da saúde são responsáveis perante a autoridade sanitária competente, sem prejuízo da responsabilidade subsidiária de prestadores de serviços profissionais autônomos, bem como de outras empresas de prestação de serviços de saúde e assemelhados por ela contratados.

Art. 95 - Ocorrendo a interdição de estabelecimentos de assistência à saúde ou de suas subunidades pelos órgãos de vigilância em saúde, a direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS deve suspender, de imediato, eventuais contratos e convênios que mantenha com tais estabelecimentos ou suas subunidades, pelo tempo em que durar a interdição.

Art. 96 - Os órgãos públicos municipais responsáveis, sempre que solicitados pela autoridade sanitária, prestarão as informações necessárias para o cumprimento das disposições desta lei.

CAPÍTULO II COMPETÊNCIAS

Art. 97 - Os profissionais das equipes de Vigilância em Saúde, investidos nas suas funções fiscalizadoras, são competentes para fazer cumprir as leis e regulamentos sanitários, expedindo termos, autos de infração e de imposição de penalidades, referentes à prevenção e controle de tudo quanto possa comprometer a saúde.

Parágrafo único - O Secretário Municipal da Saúde, bem como o dirigente do órgão de Vigilância em Saúde, sempre que se tornar necessário, podem desempenhar funções de fiscalização, com as mesmas prerrogativas e atribuições conferidas por este Código às autoridades fiscalizadoras.

Art. 98 - A toda situação em que a autoridade sanitária concluir pela existência de violação de preceito legal deve corresponder, sob pena de responsabilidade administrativa, a lavratura de auto de infração.

Art. 99 - As penalidades sanitárias previstas neste Código devem ser aplicadas sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis.

Art. 100 - As autoridades sanitárias, observados os preceitos constitucionais, terão livre acesso a todos os locais sujeitos à legislação sanitária, a qualquer dia e hora, sendo as empresas obrigadas, por seus dirigentes ou prepostos, a prestar os

esclarecimentos necessários ao desempenho de suas atribuições legais e a exhibir, quando exigido, quaisquer documentos que digam respeito ao fiel cumprimento das normas de prevenção à saúde.

Art. 101 - Nenhuma autoridade sanitária pode exercer as atribuições do seu cargo sem exhibir a credencial de identificação fiscal, devidamente autenticada, fornecida pela autoridade competente.

§ 1º - Fica proibida a outorga de credencial de identificação fiscal a quem não esteja autorizado, em razão de cargo ou função, a exercer ou praticar, no âmbito da legislação sanitária, atos de fiscalização.

§ 2º - A credencial a que se refere este artigo deve ser devolvida para inutilização, sob as penas da lei, em casos de provimento em outro cargo público, exoneração ou demissão, aposentadoria, bem como nos de licenciamento por prazo superior a 90 (noventa) dias e de suspensão do exercício do cargo.

§ 3º - A relação das autoridades sanitárias deve ser publicada semestralmente pelas autoridades competentes, para fins de divulgação e conhecimento pelos interessados, ou em menor prazo, a critério da autoridade sanitária competente, e por ocasião de exclusão e inclusão dos membros da equipe de vigilância sanitária.

CAPÍTULO III

ANÁLISE FISCAL

Art. 102 - (VETADO)

Art. 103 - Compete à autoridade sanitária colher amostras para análise fiscal de insumos, matérias-primas, aditivos, coadjuvantes, recipientes, equipamentos, utensílios, embalagens, substâncias e produtos de interesse da saúde, com vistas à verificação da sua conformidade à legislação sanitária.

Parágrafo único - Sempre que houver suspeita de risco à saúde, a colheita de amostra para análise fiscal deve ser procedida com interdição cautelar do lote ou partida encontrada.

Art. 104 - A colheita de amostra para fins de análise fiscal deve ser realizada mediante a lavratura do termo de colheita de amostra e do termo de interdição, quando for o caso, dividida em 03 (três) invólucros invioláveis, conservados adequadamente, de forma a assegurar a sua autenticidade e características originais.

§ 1º - Se a natureza ou quantidade não permitir a colheita de amostra em triplicata, deve ser colhida amostra única e encaminhada ao laboratório oficial para a realização de análise fiscal na presença do detentor ou fabricante do insumo, matéria prima, aditivo, coadjuvante, recipiente, equipamento, utensílio, embalagem, substância ou produto de interesse da saúde, não cabendo, no caso, perícia de contraprova.

§ 2º - Na hipótese prevista no parágrafo 1º deste artigo, se estiverem ausentes as pessoas mencionadas, deverão ser convocadas 02 (duas) testemunhas para presenciar a análise.

Art. 105 - Quando a análise fiscal concluir pela condenação dos insumos, matérias-primas, aditivos, coadjuvantes, recipientes, equipamentos, utensílios, embalagens, substâncias e produtos de interesse da saúde, a autoridade sanitária deve notificar o responsável para apresentar defesa escrita ou requerer perícia de contraprova.

Art. 106 - O laudo analítico condenatório será considerado definitivo na hipótese de não ser apresentada defesa ou de não ser solicitada perícia de contraprova, pelo responsável ou detentor, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 107 - Não cabe defesa ou recurso, após condenação definitiva, em razão de laudo laboratorial condenatório da perícia final de contraprova.

CAPÍTULO IV

DA INTERDIÇÃO, APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO DE PRODUTOS, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

Art. 108 - Quando o resultado da análise fiscal indicar que o produto constitui risco à

saúde, é obrigatória sua interdição ou do estabelecimento.

Art. 109 - O detentor ou responsável pelo produto, equipamento e utensílios interditados, fica proibido de entregá-lo ao consumo ou uso, desviá-lo ou substituí-lo, no todo ou em parte, até que ocorra a liberação da mercadoria pela autoridade competente, sob pena de responsabilização civil ou criminal.

§ 1º - Os locais de interesse da saúde só podem ser desinterditados mediante liberação da autoridade competente.

§ 2º - A desobediência por parte da empresa acarretará a aplicação das penas cabíveis por responsabilização civil ou criminal, nos termos da legislação em vigor.

Art. 110 - Os produtos clandestinos de interesse da saúde, bem como aqueles com prazos de validade vencidos, devem ser interditados pela autoridade sanitária, a qual, após avaliação técnica, decidirá sobre sua destinação.

Art. 111 - Nos casos de condenação definitiva, a autoridade sanitária deve determinar a apreensão ou inutilização do produto.

Art. 112 - Quando o produto for considerado inadequado para uso ou consumo humano, mas passível de utilização para outros fins, a autoridade sanitária deve lavrar laudo técnico circunstanciado, definindo o seu destino final.

Art. 113 - Os produtos, equipamentos e utensílios de interesse da saúde manifestamente alterados, considerados de risco à saúde, devem ser apreendidos ou inutilizados sumariamente pela autoridade sanitária, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis.

Parágrafo único - Na hipótese do "caput", a autoridade sanitária deve lavrar laudo técnico circunstanciado, ficando dispensada a colheita de amostra.

Art. 114 - Cabem ao detentor ou responsável pelo produto, equipamentos e utensílios de interesse da saúde condenados, os encargos decorrentes do recolhimento, transporte e inutilização, acompanhados pela autoridade sanitária até não mais ser possível a utilização.

Art. 115 - Os procedimentos de análise fiscal, interdição, apreensão e inutilização de produtos, equipamentos, utensílios e locais de interesse da saúde deverão ser objeto de norma técnica.

CAPÍTULO V

INFRAÇÕES SANITÁRIAS E PENALIDADES

Art. 116 - Considera-se infração sanitária, para fins deste Código e das pertinentes normas técnicas, a desobediência ou a inobservância ao disposto nas normas legais e regulamentos que, por qualquer forma, se destinem à promoção, preservação e recuperação da saúde.

Art. 117 - Responderá pela infração quem, por ação ou omissão, lhe deu causa, concorreu para sua prática ou dela se beneficiou.

Parágrafo único - Exclui a imputação de infração a causa decorrente de força maior ou proveniente de eventos naturais ou circunstâncias imprevisíveis que vierem a determinar avaria, deterioração ou alteração de locais, produtos ou bens de interesse da saúde pública.

Art. 118 - As infrações sanitárias, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, serão punidas, alternativa ou cumulativamente, com penalidades de:

I - advertência;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - multa de R\$ 100,00 (cem reais) a R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais);

IV - apreensão de produtos, equipamentos, utensílios e recipientes;

V - apreensão de animal;

VI - interdição de produtos, equipamentos, utensílios e recipientes;

VII - inutilização de produtos, equipamentos, utensílios e recipientes;

VIII - suspensão de venda de produto;

IX - suspensão de fabricação de produto;

- X - interdição parcial ou total do estabelecimento, seções, dependências e veículos;
- XI - proibição de propaganda;
- XII - cancelamento de autorização para funcionamento de empresa;
- XIII - cancelamento do cadastro do estabelecimento e do veículo;
- XIV - intervenção.

Parágrafo único - Sem prejuízo das penalidades previstas neste artigo, o proprietário do animal apreendido ficará sujeito ao pagamento de despesas com transporte, alimentação, assistênciaveterinária e outras decorrentes da apreensão.

Art. 119 - A penalidade de prestação de serviços à comunidade consiste em veiculação de mensagens educativas dirigidas à comunidade, aprovadas pela autoridade sanitária.

Art. 120 - A penalidade de intervenção será aplicada aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, indústrias de medicamentos, correlatos e outros, sempre que houver riscos iminentes à saúde.

§ 1º - Os recursos públicos que venham a ser aplicados em um serviço privado durante a intervenção deverão ser cobrados dos proprietários em dinheiro ou em prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º - A duração da intervenção limitar-se-á ao tempo julgado necessário pela autoridade sanitária para que cesse o risco aludido no "caput" deste artigo, não podendo exceder o período de 180 (cento e oitenta) dias.

§ 3º - A intervenção e a nomeação do interventor dos estabelecimentos apenados competem ao Secretário Municipal da Saúde, vedada a nomeação do então dirigente, sócios ou responsáveis técnicos, seus cônjuges e parentes até segundo grau.

Art. 121 - A penalidade de multa consiste no pagamento das seguintes quantias:

I - nas infrações leves, de R\$ 100,00 (cem reais) a R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);
II - nas infrações graves, de R\$ 30.001,00 (trinta mil e um reais) a R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 100.001,00 (cem mil e um reais) a R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

§ 1º - Os valores previstos neste artigo deverão ser atualizados em 1º de janeiro de cada exercício, de acordo com a variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado no exercício imediatamente anterior.

§ 2º - Na hipótese de extinção do índice referido no parágrafo 1º deste artigo, será adotado outro criado por legislação federal que, de igual modo, reflita a perda do valor aquisitivo da moeda.

Art. 122 - A penalidade de interdição será aplicada de imediato, sempre que o risco à saúde da população o justificar, nas seguintes modalidades:

- I - cautelar;
- II - por tempo determinado;
- III - definitiva.

Art. 123 - Para a graduação e imposição de penalidades, deverá a autoridade sanitária considerar:

- I - as circunstâncias atenuantes e agravantes;
- II - a gravidade do fato, tendo em vista as suas consequências para a saúde pública;
- III - os antecedentes do infrator quanto às normas sanitárias.

Parágrafo único - Sem prejuízo do disposto neste artigo e da aplicação da penalidade de multa, a autoridade sanitária competente deverá levar em consideração a capacidade econômica do infrator.

Art. 124 - São circunstâncias atenuantes:

- I - a ação do infrator não ter sido fundamental para a consecução do evento;
- II - o infrator, por espontânea vontade, imediatamente procurar reparar ou minorar as consequências do ato lesivo à saúde pública que lhe for imputado;
- III - ser o infrator primário.

Art. 125 - São circunstâncias agravantes ter o infrator:

I - agido com dolo, ainda que eventual, fraude ou má-fé;

II - cometido a infração para obter vantagem pecuniária decorrente de ação ou omissão que contrarie o disposto na legislação sanitária;

III - deixado de tomar providências de sua alçada, tendentes a evitar ou sanar a situação que caracterizou a infração;

IV - coagido outrem para a execução material da infração;

V - reincidido.

Art. 126 - Havendo concurso de circunstâncias atenuantes e agravantes, a aplicação da penalidade deve ser considerada em razão das que sejam preponderantes.

Art. 127 - A reincidência tornará o infrator passível de enquadramento na penalidade máxima.

Art. 128 - Sempre que ocorrer infração sanitária que contenha indícios de violação de ética profissional, deverá a autoridade sanitária comunicar os fatos aos conselhos profissionais.

Art. 129 - São infrações de natureza sanitária, entre outras que se enquadrem no disposto no artigo 116 deste Código, com as correspondentes penalidades:

I - construir ou fazer funcionar estabelecimentos comerciais, de produção, embalagem e manipulação de produtos de interesse da saúde e estabelecimentos de assistência e de interesse da saúde, sem licença dos órgãos sanitários competentes ou contrariando as normas legais vigentes.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, interdição, apreensão, inutilização, cancelamento de licença e/ou multa;

II - construir ou fazer funcionar estabelecimentos comerciais, de produção, embalagem e manipulação de produtos de interesse da saúde, sem a presença de responsável técnico legalmente habilitado.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, cancelamento da licença, interdição e/ou multa;

III - transgredir qualquer norma legal e regulamentar e/ou adotar procedimentos na área de saneamento ambiental que possam colocar em risco a saúde humana.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, interdição, intervenção e/ou multa;

IV - extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou reembalar, transportar ou utilizar produtos ou resíduos perigosos, tóxicos, explosivos, inflamáveis, corrosivos, emissores de radiações ionizantes, entre outros, contrariando a legislação sanitária em vigor.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, apreensão, inutilização, suspensão de venda ou fabricação, cancelamento de registro, interdição, cancelamento da licença, proibição de propaganda, intervenção e/ou multa;

V - construir ou fazer funcionar todo e qualquer estabelecimento de criação, manutenção e reprodução de animais, contrariando as normas legais e regulamentos pertinentes.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, apreensão, interdição e/ou multa;

VI - reciclar resíduos sólidos infectantes gerados por estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

Penalidade: interdição, cancelamento da licença e/ou multa;

VII - manter condição de trabalho que ofereça risco à saúde do trabalhador.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, interdição parcial ou total de equipamento, máquina, setor, local ou estabelecimento e/ou multa;

VIII - obstar, retardar ou dificultar a ação fiscalizadora da autoridade sanitária competente no exercício de suas funções.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade e/ou multa;

- IX - omitir informações referentes a riscos conhecidos à saúde.
Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade e/ou multa;
- X - fabricar, operar, comercializar máquinas ou equipamentos que ofereçam risco à saúde do trabalhador.
Penalidade: prestação de serviços à comunidade, interdição parcial ou total do equipamento, máquina, setor, local, estabelecimento e/ou multa;
- XI - extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou reembalar, importar, exportar, armazenar, expedir, transportar, comprar, vender, ceder ou usar produtos de interesse da saúde, sem os padrões de identidade, qualidade e segurança.
Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento de licença e/ou multa;
- XII - comercializar produtos institucionais e de distribuição gratuita.
Penalidade: interdição e/ou multa;
- XIII - expor à venda ou entregar ao consumo e uso produtos de interesse da saúde que não contenham prazo de validade, data de fabricação ou prazo de validade expirado, ou apor-lhes novas datas de fabricação e validade posterior ao prazo expirado.
Penalidade: prestação de serviços à comunidade, interdição, apreensão, inutilização, cancelamento de licença e/ou multa;
- XIV - rotular produtos de interesse da saúde contrariando as normas legais e regulamentares.
Penalidade: prestação de serviços à comunidade, apreensão, inutilização, cancelamento de licença e/ou multa;
- XV - fazer propaganda enganosa de produto ou serviço de saúde, contrariando a legislação sanitária em vigor.
Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade e/ou multa;
- XVI - fazer propaganda de produtos farmacêuticos e produtos correlatos em promoções, ofertas, doações, ou por meio de concursos ou prêmios aos médicos, cirurgiões-dentistas, médicos veterinários ou quaisquer outros profissionais de saúde.
Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade e/ou multa;
- XVII - instalar ou fazer funcionar equipamentos inadequados, em número insuficiente, conforme definido em norma técnica, em precárias condições de funcionamento ou contrariando normas legais e regulamentos pertinentes em relação ao porte ou finalidade do estabelecimento prestador de serviços de assistência à saúde.
Penalidade: advertência, interdição, apreensão, cancelamento de licença e/ou multa;
- XVIII - alterar o processo de fabricação dos produtos sujeitos a controle sanitário, modificar seus componentes, nome e demais elementos, sem a necessária autorização do órgão sanitário competente.
Penalidade: prestação de serviços à comunidade, interdição, apreensão, inutilização, cancelamento de licença e/ou multa;
- XIX - deixar de implantar permanente programação de controle de infecção nos estabelecimentos de assistência à saúde, nos quais seja obrigatório programa de controle de infecção.
Penalidade: multa, cancelamento de licença, interdição, intervenção;
- XX - realizar pesquisa clínica, de qualquer natureza, envolvendo os seres humanos, sem a autorização dos órgãos competentes.
Penalidade: multa, cancelamento de licença, interdição, intervenção;
- XXI - deixar de remeter à autoridade sanitária competente, na forma solicitada, informações em saúde para fins de planejamento, correção finalística de atividades, monitoramento das condições de funcionamento de estabelecimentos, controle de fatores de risco a que possa estar exposta a coletividade e elaboração de estatísticas de saúde.

Penalidade: advertência, multa, cancelamento de licença, interdição, intervenção;
XXII - deixar de notificar à autoridade sanitária competente doenças e agravos à saúde de notificação compulsória, inclusive acidentes de trabalho, doenças ou agravos à saúde relacionados ao trabalho, eventos adversos à saúde e doenças transmitidas por alimentos.

Penalidade: advertência, multa, cancelamento de licença, interdição, intervenção;
XXIII - transgredir outras normas legais federais, estaduais e municipais, destinadas à promoção, prevenção e proteção à saúde.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, interdição, apreensão, inutilização, suspensão de fabricação ou venda, cancelamento de licença, proibição de propaganda, intervenção e/ou multa;

XXIV - descumprir atos emanados das autoridades sanitárias visando à aplicação da legislação pertinente à promoção, prevenção e proteção à saúde.

Penalidade: advertência, prestação de serviços à comunidade, interdição, apreensão, inutilização, suspensão de venda ou fabricação, cancelamento de licença, proibição de propaganda, intervenção e/ou multa;

XXV - desacatar autoridade sanitária no exercício de suas funções.

Penalidade: prestação de serviços à comunidade e/ou multa.

CAPÍTULO VI

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DAS

INFRAÇÕES DE NATUREZA SANITÁRIA

SEÇÃO I

AUTO DE INFRAÇÃO

Art. 130 - Quando constatadas irregularidades configuradas como infração sanitária neste Código, ou em outros diplomas legais vigentes, a autoridade sanitária competente lavrará de imediato os autos de infração.

Parágrafo único - As infrações sanitárias serão apuradas em processo administrativo próprio, iniciado com o auto de infração, observados o rito e os prazos estabelecidos neste Código.

Art. 131 - O auto de infração, a ser lavrado em 03 (três) vias, no mínimo, destinando-se a primeira ao autuado, conterá:

I - o nome da pessoa física ou denominação da pessoa jurídica autuada, especificando o seu ramo de atividade e endereço;

II - o ato ou fato constitutivo da infração, o local, a hora e a data respectivos;

III - a disposição legal ou regulamentar transgredida;

IV - a indicação do dispositivo legal que comina a penalidade a que fica sujeito o infrator;

V - a indicação do prazo de 10 (dez) dias para defesa ou impugnação do auto de infração;

VI - o nome e o cargo legíveis da autoridade autuante e sua assinatura;

VII - o nome, a identificação e a assinatura do autuado ou, na sua ausência, de seu representante legal ou preposto e, em caso de recusa, a consignação do fato pela autoridade autuante e a assinatura de 02 (duas) testemunhas, quando possível.

§ 1º - Na impossibilidade de ser dado conhecimento diretamente ao interessado, será ele cientificado do auto de infração por via postal, mediante carta registrada.

§ 2º - Restando infrutífera, por qualquer motivo, a medida prevista no parágrafo 1º deste artigo, a cientificação do interessado far-se-á por meio de edital a ser publicado uma única vez na imprensa oficial, considerando-se efetivada a notificação após 5 (cinco) dias de sua publicação.

Art. 132 - Configuram procedimento irregular de natureza grave a falsidade e a omissão dolosa no preenchimento dos autos de infração.

Art. 133 - O não-cumprimento da obrigação subsistente, além da sua execução forçada, acarretará, após decisão irrecorrível, a imposição de multa diária, arbitrada de

acordo com os valores correspondentes à classificação da infração, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação vigente.

SEÇÃO II

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE

Art. 134 - O auto de imposição de penalidade deve ser lavrado pela autoridade competente, após decorrido o prazo estipulado pelo artigo 131, inciso V, ou imediatamente após a data do indeferimento da defesa, quando houver.

§ 1º - Nos casos em que a infração exigir a ação pronta da autoridade sanitária para proteção da saúde pública, as penalidades de apreensão, de interdição e de inutilização devem ser aplicadas de imediato, sem prejuízo de outras eventualmente cabíveis.

§ 2º - O auto de imposição de penalidade de apreensão, interdição ou inutilização, a que se refere o parágrafo 1º deste artigo, deve ser anexado ao auto de infração original, e, quando se tratar de produtos, acompanhado do termo respectivo, que especificará a sua natureza, quantidade e qualidade.

Art. 135 - O auto de imposição de penalidade de multa, a ser lavrado em 3 (três) vias, no mínimo, destinando-se a primeira ao infrator, conterá:

- I - o nome da pessoa física ou jurídica e seu endereço;
- II - o número, a série e a data do auto de infração respectivo;
- III - o ato ou o fato constitutivo da infração e o local;
- IV - a disposição legal ou regulamentar infringida;
- V - a penalidade imposta e seu fundamento legal;
- VI - a indicação do prazo de 10 (dez) dias para interposição de recurso, contado da ciência do autuado;
- VII - a assinatura da autoridade autuante;
- VIII - a assinatura do autuado ou, na sua ausência, de seu representante legal ou preposto, e, em caso de recusa, a consignação dessa circunstância pela autoridade autuante e a assinatura de 02 (duas) testemunhas, quando possível.

Parágrafo único - Na impossibilidade de efetivação da providência a que se refere o inciso VIII deste artigo, observar-se-á o procedimento previsto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 131 deste Código.

SEÇÃO III

PROCESSAMENTO DAS MULTAS

Art. 136 - Transcorrido o prazo fixado no inciso VI do artigo 135, sem que tenha havido interposição de recurso ou pagamento de multa, o infrator será notificado para recolhê-la no prazo de 30 (trinta) dias ao órgão arrecadador competente, sob pena de cobrança judicial.

Art. 137 - Havendo interposição de recurso, o processo, após decisão denegatória definitiva, será restituído à autoridade autuante, para fins de lavratura da notificação de que trata o artigo 136.

Parágrafo único - Não recolhida a multa no prazo de 30 (trinta) dias, o processo administrativo será encaminhado ao órgão competente para cobrança judicial.

Art. 138 - O recolhimento das multas será feito na conta do Fundo Municipal de Saúde, mediante guia de recolhimento, que poderá ser fornecida, registrada e preenchida pelos órgãos municipais.

SEÇÃO IV

RECURSOS

Art. 139 - O infrator poderá oferecer defesa ou impugnar o auto de infração no prazo de 10 (dez) dias, contados da data de sua cientificação, observado o disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 131 deste Código.

Art. 140 - A defesa ou impugnação será julgada e decidida pelo superior imediato do servidor autuante, ouvindo-se este preliminarmente.

Parágrafo único - No procedimento previsto neste artigo, observar-se-ão os seguintes

prazos, contados da data do respectivo recebimento do processo:

I - 5 (cinco) dias para a manifestação do servidor autuante;

II - 10 (dez) dias para o julgamento e decisão da defesa ou impugnação pelo superior imediato.

Art. 141 - Da imposição de penalidade, poderá o infrator recorrer à autoridade imediatamente superior, no prazo de 10 (dez) dias, contados de sua ciência.

Parágrafo único - Da aplicação da penalidade de intervenção pelo Secretário Municipal da Saúde, caberá recurso ao Chefe do Poder Executivo, na forma da legislação em vigor, cuja decisão encerrará a instância administrativa.

Art. 142 - Mantida a decisão cominatória, caberá recurso no prazo de 10 (dez) dias:

I - à instância definida pelo órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, qualquer que seja a penalidade aplicada;

II - das decisões da autoridade definida no inciso I deste artigo, ao Diretor do órgão coordenador do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, quando se tratar de penalidade prevista nos incisos IV a XIII do artigo 118 ou de multa de valor correspondente ao previsto nos incisos II e III do artigo 121.

Art. 143 - Os recursos serão decididos após a oitiva da autoridade autuante, a qual poderá propor a revisão ou manutenção da decisão anterior.

Art. 144 - Os recursos só terão efeito suspensivo nos casos de imposição de multa.

Art. 145 - O infrator tomará ciência das decisões proferidas nos recursos pelas autoridades sanitárias mediante publicação, na imprensa oficial, dos respectivos despachos.

TÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 146 - As infrações às disposições legais de ordem sanitária prescrevem em 5 (cinco) anos.

§ 1º - A prescrição interromper-se-á pela notificação ou qualquer outro ato da autoridade sanitária que objetive a sua apuração e conseqüente imposição de penalidade.

§ 2º - Não corre prazo prescricional enquanto houver processo administrativo pendente de decisão.

Art. 147 - Os prazos previstos neste Código e nas pertinentes normas técnicas correm ininterruptamente.

Art. 148 - Quando o autuado for analfabeto ou fisicamente incapacitado, o auto poderá ser assinado "a rogo" na presença de 02 (duas) testemunhas ou, na falta destas, deverá ser feita a ressalva pela autoridade autuante.

Art. 149 - Os órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, após decisão definitiva na esfera administrativa, farão publicar todas as penalidades aplicadas aos infratores da legislação sanitária.

Art. 150 - O disposto neste Código deverá, na sua aplicação, ser compatibilizado com a legislação sanitária correlata vigente, prevalecendo sempre os parâmetros legais e técnico-científicos de proteção, promoção e preservação da saúde.

Art. 151 - Na ausência de norma legal específica, prevista neste Código e nos demais diplomas federais e estaduais vigentes, a autoridade sanitária, fundamentada em documentos técnicos reconhecidos pela comunidade científica, poderá fazer exigências que assegurem o cumprimento do artigo 2º desta lei.

Art. 152 - Os órgãos de vigilância em saúde, em articulação com os órgãos que atuam na área do meio ambiente, devem proceder à análise e manifestação a respeito dos planos de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde, elaborados pelos estabelecimentos de assistência à saúde, com vistas à sua aprovação ou reprovação.

§ 1º - É de competência exclusiva dos órgãos de vigilância em saúde verificar se as condições propostas no plano de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde aprovado estão sendo cumpridas pelos estabelecimentos de assistência à saúde.

Folha 43 fls. 78
Proc. Nº. 267/16
LDW
Livia Salomão Negreiros
RP 11.274

§ 2º - Os órgãos de vigilância em saúde devem cooperar com os órgãos que atuam na área do meio ambiente, quando solicitada a participação de seu quadro de pessoal especializado.

Art. 153 - O descumprimento das normas constantes da Lei nº 10.309, de 22 de abril de 1987, caracteriza infração ao Código Sanitário ora instituído, aplicando-se as penalidades e os procedimentos administrativos nele previstos.

Art. 154 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 155 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as Leis nº 10.153, de 7 de outubro de 1986, nº 10.770, de 8 de novembro de 1989, nº 11.728, de 22 de fevereiro de 1995, nº 12.039, de 11 de abril de 1996, nº 12.268, de 19 de dezembro de 1996, nº 12.369, de 13 de junho de 1997, nº 12.371, de 13 de junho de 1997, nº 13.456, de 26 de novembro de 2002, e nº 12.580, de 31 de março de 1998, bem como os artigos 2º, 3º, 35, 36, 37, 38 e 39 da Lei nº 10.309, de 22 de abril de 1987.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 9 de janeiro de 2004, 450º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

LUIZ TARCISIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LUÍS CARLOS FERNANDES AFONSO, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, aos 9 de janeiro de 2004.

UBIRATAN DE PAULA SANTOS, Secretário do Governo Municipal - Substituto

Folha 44
Proc. Nº 267/16
Livia Salomão Nogueira
RP 11.274



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

PROJETO DE LEI 01 - 00243/2016 do Vereador Vavá (PT)

""Institui o Programa de Vacinação Para Colaboradores do Sistema de Transporte, Professores e Profissionais que atuam junto ao Público".

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído, no Programa de Vacinação Para colaboradores d Sistema de Transporte, Professores e Profissionais que atuam junto ao Público.

Parágrafo Único - O disposto neste artigo será regulamentado por decreto.

Art. 2º O Programa instituído no artigo 1º desta Lei será destinado a todos colaboradores do sistema de Transporte público e privado, professores da rede pública municipal e particular e todo profissional que atua diretamente com o público em grande quantidade, devidamente identificados e que estejam exercendo sua função a época do Calendário do Programas de Vacinação.

Parágrafo Único - O direito a que se refere o caput deste artigo aplica-se exclusivamente aos profissionais que atuam diariamente com um grande fluxo de atendimento ao público e atendimento em geral.

Art. 3º As vacinas a serem aplicadas dentro do programa, serão:

- I- vacina contra a gripe;
- II- vacina contra a gripe (influenza).

Art. 4º O programa de vacinação de que trata a presente Lei será desenvolvido por meio da autuação da Secretaria Municipal da Saúde, a quem competirá fornecer as vacinas e os profissionais para sua aplicação.

Art. 5º O Programa instituído, nesta Lei poderá ocorrer durante todo o ano, mas sua realização será executada prioritariamente no período de campanha de vacinação fixado pelo Poder Público.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão a conta de dotação orçamentária própria, suplementadas, se necessário.

Art. 7º Esta Lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados de sua publicação.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Às Comissões competentes."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 20/05/2016, p. 111

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

Folha 45
Proc. N.º 267/16
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

PROJETO DE LEI 01-00175/2016 do Vereador Arselino Tatto (PT)

"Estabelece diretrizes para a implantação do Programa Saúde na Escola no Município de São Paulo.

A Câmara Municipal de São Paulo decreta:

Art. 1º O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Federal 6286/2007, objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede Municipal de Ensino, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do Programa :

- I - promoção da saúde;
- II - prevenção e controle de doenças;
- III - melhoria da qualidade de vida dos alunos da rede municipal de ensino.

Art. 3º São diretrizes para a implementação do Programa Saúde na Escola:

- I - integração e articulação dos órgãos municipais competentes de educação e saúde;
- II - controle social;
- III - cuidado ao longo do tempo;
- IV - monitoramento e avaliação permanentes.

Art. 4º São ações do Programa Saúde na Escola:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção de alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

Folha 46
Proc. N° 267/15.81
Livia Salomão Nogueira
11.274

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família poderão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, 06 de abril de 2016. Às Comissões competentes."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 15/04/2016, p. 152

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 04/08/16 às 16:00
RF
Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
Auxiliar Operacional
RF 11.328

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi, Nobre Vereadora
natalini
Parecer
Sala da Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 09/08/2016
Obs. O prelo...
Entrada...

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 10/08/16 AO 13 HS
PCR
SAÍDA 29/08/16 às 14 H ASS: Karl

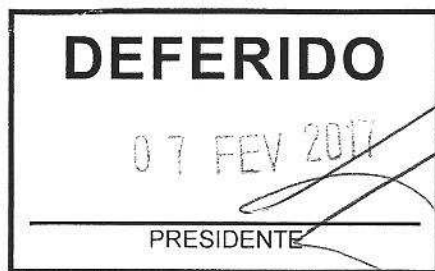
SGP-33, PARA ARQUIVAMENTO nos
termos do artigo 235 do Regimento Interno.
São Paulo, 02/08/17

Nome
DE
SGP-12
Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
Auxiliar Operacional
RF 11.328

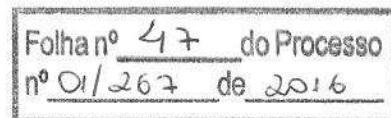
117552
SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL
Processo encerrado com 46 folhas.
Arquivado em 4/11/17

Lucas Manuel M. Alves Sora
Técnico Administrativo
RF 11.234

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob
nº 47 e folha de informação
sob nº 48 09/02/2017



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**



Ellete L.S.
Ellete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

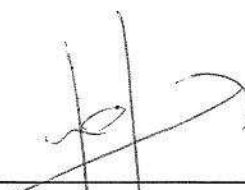
REQUERIMENTO

RDS
45/2017

REQUEIRO, enquanto Líder da Bancada do Partido dos Trabalhadores, nos termos do §2º do artigo 275 do Regimento Interno, o desarquivamento e volta à tramitação dos Projetos de Lei **564/2016 ; 508/2016 ; 359/2016 ; 353/2016 ; 267/2016 ; 229/2016 ; 208/2016 ; 196/2016 ; 185/2016 ; 177/2016 ; 107/2016 ; 698/2015 ; 675/2015 ; 579/2015 ; 540/2015 ; 536/2015 ; 337/2015 ; 314/2015 ; 309/2015 ; 284/2015 ; 261/2015 ; 193/2015 ; 431/2014 ; 308/2014 ; 281/2014 ; 277/2014 ; 883/2013 ; 881/2013 ; 871/2013 ; 736/2013 ; 725/2013 ; 308/2013 ; 264/2013 ; e 224/2013.**

E dos Projetos de Resolução **03/2016 ; 16/2015 ; 11/2015 ; e 09/2014**, de autoria do Nobre Vereador Reis.

Sala das Sessões, 1º de fevereiro de 2016.



Vereador Donato
Líder da Bancada do PT



19:16 03/02/2017 017001 - Protocolo Legislativo - SGP.22



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 48

do processo nº 01/267 de 2016 09, 02, 2017 (a) Eliete L.S.

Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

À SGP.33

Sr. Supervisor,

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

08/02/2017


ANTONIO ISOLDI CALEARI
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

À SGP.-22

Sr. Supervisor,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-45/2017, segue o presente expediente para volta à tramitação.

09 / 02 / 2017


UBIRAJARA DE FARIAS PRESTES FILHO
Supervisor da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

A Comissão de:

JUST

14,02,17

Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
R\$ 11.300

14/02/17 15hrs

João Carlos Tadeu
Técnico - SGP. 10
R\$ 7.100

SANDRA TADEU

16 02 2017

RECEBIDO NA PRESIDÊNCIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO

EM 20/02/17 AS 18 h

POR *Karl*

SAÍDA 16/02/17 AS 16 h ASS: *Karl*

RECEBIDO NA PRESIDÊNCIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO

EM 12/04/17 AS 15 HS

FOR *Karl*

SAÍDA 10/05/17 AS 14 h ASS: *Karl*

Segue ☐ juntado ☐ nesta data, documento(s)



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 49

do processo nº 267 de 20 16 22, 05, 17 (a) 70

Márcia Yoshimi Taniguchi Hosi
RF 11.328

REDISTRIBUIDO
Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

Para Relatar,
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa,
Em 17/06/2017

Presidente
Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 01/06/17 AO 15 HS
POR Karl
SAÍDA 01/06/17 AS 14 H ASS: Karl

REDISTRIBUIDO
Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

POLICE NETO
Para Relatar,
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa,
Em 27/06/2017

Presidente
Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 04/07/17 AO 13 HS
POR Karl
SAÍDA 18/07/17 AS 13 H ASS: Karl

SECRETARIA DA PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 28/07/17 AO 17 HS
POR [assinatura]
DATA 10/08/17 AS 14 H ASS: [assinatura]

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob n°(s)
50 a 64 e folha de informação
sob n° -. 07/12/17
[assinatura]



Câmara Municipal de São Paulo
Gabinete do Vereador
José Police Neto

Folha nº	50	do Processo
nº	PL 267	de 2016
Roberto César Gonçalves		
RP 10.252		

fls. 88

REQUERIMENTO

AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO,
JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA

Requeiro de V. Exa. providências, nos termos do art. 68 do Regimento Interno, sejam tomadas providências no sentido de oficiar ao Executivo para que o mesmo se manifeste sobre os seguintes quesitos, necessários à instrução do PL 267/2016:

1 – Existem estudos sobre o número de crianças e adolescentes que são vacinados no Município de São Paulo?

2 – Existe estudo ou estimativa quanto aos adultos não vacinados, que podem além de contrair versões mais agressivas de doenças, também servirem como vetor de transmissão para crianças que não completaram a imunização?

3 – Existe um estudo sobre qual é a parcela da população que mais adoece com risco aumentado de gravidade?

4 – Existe programa de vacinação para professores? Se existe qual o número de vacinados nos últimos anos? Qual o valor do programa?

5 – Existem projetos de expansão?

São Paulo, 21 de agosto de 2017


JOSÉ POLICE NETO
Vereador



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº	51	do Processo
nº	96.267	de 2016
Roberto Cassio Gonçalves		
RP 101/252		

fls. 89

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

Senhor Presidente,

Tramita nesta Comissão o projeto de lei nº 267/2016, de autoria do Nobre Vereador Reis, que *dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos profissionais da educação pública municipal, e dá outras providências*.

A pedido do relator, para que esta Comissão possa se manifestar sobre o projeto, solicito a V. Exa que seja encaminhado pedido de informações ao Executivo para que esclareça em relação ao objeto do projeto em análise.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa,

MARIO COVAS NETO

Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº	52	do Processo
nº	PL 267	de 2016
Roberto Cássio Gonçalves		
RF 107.252		

fls. 90

São Paulo, 19 de setembro de 2017.

Ofício SGP-12 nº 612/2017

CÓPIA

Senhor Prefeito,

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, nos termos do art. 68 do Regimento Interno e nos termos do art. 32, § 2º, inciso III, da Lei Orgânica do Município, encaminho a Vossa Excelência pedido de informações sobre o **Projeto de Lei nº 267/2016**, de autoria do Vereador Reis, que *"DISPÕE A RESPEITO DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS."*

Na oportunidade, renovo meus votos de distinta consideração, colocando ao seu dispor, para as informações que julgue oportunas, a Secretaria dessa Comissão.

MILTON LEITE
Presidente

Anexo: cópia do requerimento citado, do texto do projeto e da justificativa.

A Sua Excelência o Senhor
Doutor João Doria
Digníssimo Prefeito da Cidade de São Paulo
Viaduto do Chá, 15 - 9º andar - CEP 01415-001 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3113-8350



Vitor Vieira dos Santos
RF 714.741-4
ATL-II



Prefeitura do Município de São Paulo

fls. 91

São Paulo, 6 de Dezembro de 2017.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. J. L. nº 548/17-C

Ref.: Ofício SGP-12 nº 612/2017

Folha nº	53	do Processo
nº	PL 267	de 2016
Roberto Cassio Gonçalves		
RF 101/252		

DOCREC

845/2017

Senhor Presidente

Em atenção ao pedido de subsídios da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, encaminho a essa Presidência cópia das informações prestadas pelo órgão municipal competente acerca do Projeto de Lei nº 267/2016, de autoria do Vereador Reis, que dispõe sobre o Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal, concluindo por sua inviabilidade.

Na oportunidade, renovo a essa Presidência meus protestos de apreço e consideração.


CESAR AZEVEDO
Chefe de Gabinete
Casa Civil

Ao

Excelentíssimo Senhor

VEREADOR MILTON LEITE

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/JD/vvs
Resp 267-16

CPJ - SP-22 - 07/12/2017 - 14:08 - 109378 - 2/2

A Comissão de:
CCS
07.14.17


Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde



Folha de Informação nº 13

Processo 2017.0.146.994-0..... em 05/10/2017

INTERESSADA: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica
ROSA MARIA DIAS NAKAZAKI

CÓPIA

Em atenção ao contido na inicial em referência ao disposto no Projeto de Lei nº 267/16, a respeito de Vacinação dos Profissionais da Rede de Educação Pública Municipal, esclarecemos que o Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, regulamentado pela Lei nº 6.259, de 30/10/1975 e pelo Decreto nº 78.231, de 30/12/1976, tem a função de:

- Coordenar e definir as normas e procedimentos técnicos e científicos articulados às secretarias de estado e destas com as secretarias municipais.
- Adquirir, conservar e distribuir os imunobiológicos do PNI em todo o país.

Ressaltamos que os critérios para a indicação de aplicação de vacinas seguem recomendações da Organização Mundial da Saúde, baseadas em estudos epidemiológicos, levando em consideração os grupos mais afetados, frequência e proporção de casos, taxas de incidência e de mortalidade e gravidade dos casos, além da capacidade de produção dos laboratórios.

As vacinas disponibilizadas nas salas de vacinas públicas são as constantes dos calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto, gestantes e idosos. Fazem parte do calendário de vacinação do adulto as seguintes vacinas: Hepatite B, Febre Amarela para os adultos que irão viajar para as áreas de recomendação de vacinação, SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola), Dupla Adulto e dTpa (Difteria, Tétano, Coqueluche acelular) que tem indicação para uso nas gestantes.

Esclarecemos ainda que:

- a vacina Hepatite B está disponível para todas as pessoas não vacinadas, independente da idade e condição de risco;
- a vacina SCR está recomendada para os profissionais da educação nascidos a partir de 1960;
- a vacina influenza, a partir de 2017, foi disponibilizada para os profissionais da educação;
- em caso de surto de varicela em estabelecimentos de ensino que atendem crianças até 5 anos, os profissionais da educação sem história de doença ou de vacinação devem receber a vacina varicela.

Diante do exposto, os profissionais da educação estão contemplados com as vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações.





Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

Folha nº 33 do Processo
 nº 96.267 de 2016 fls. 94
 Roberto Cassio Gonçalves
 RF 101.252

Folha de Informação nº 14

Processo 2017.0.146.994-0..... em 05/10/2017

Em atenção aos questionamentos contidos na Folha de Informação nº 4 , informamos que:

- O município de São Paulo possui um sistema de informação, o SIGA Módulo Vacina, para o registro nominal das pessoas vacinadas. Este sistema permite avaliar as coberturas vacinais dos calendários básico da criança e do adolescente.
- No ano de 2015 foi realizado o Inquérito de Saúde de uma amostra significativa da população residente em área urbana e com domicílio fixo, que permitiu verificar a situação vacinal das pessoas acima de 12 anos, bem como os motivos da não vacinação;
- Existem estudos epidemiológicos que fornecem a incidência das doenças, sua gravidade e mortalidade na população geral;
- o sistema de informação não permite identificar qual é a categoria profissional dos adultos vacinados, exceto para a vacina influenza. No ano de 2017 foram aplicadas 82.715 doses em profissionais da educação.
- Neste momento não há previsão de expansão das vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunizações para o calendário de vacinação do adulto.

CÓPIA

São Paulo, 05 de outubro de 2017.


MARIA LÍGIA BACCIOTTE RAMOS NERGER
 Coordenadora do Programa Municipal de Imunização
 Núcleo de Imunização/DVE/ COVISA/SMS



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Folha nº 56 de Páginas
nº PL 267 de 2016 fls. 95
Roberto Cassio Gomes Silva
RF 101.252

CÓPIA

Folha de Informação nº 15

do Processo 2017-0.146.994-0 em 05/10/2017

[Handwritten signature]
Rosa Maria Dias Nakazaki
05/10/2017

INTERESSADA: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

À COVISA.G
Sra. Coordenadora

Em atenção ao solicitado na inicial seguem as considerações do Núcleo de Imunização em folhas 13 e 14, acerca da propositura do PL 267/2016.

São Paulo, 05 de outubro de 2017.

Rosa Maria Dias Nakazaki
Divisão de Vigilância Epidemiológica – COVISA/SMS

Folha nº	27	do Processo	
nº	PL 267	de	2016
Roberto Cássio Gonçalves			
RF 201.252			



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CÓPIA

Folha de Informação nº 16

Do Processo 2017.0.146.994-0

em 06/10/2017 (a)

Fábio Pastor
 AGPD
 RF 500.90
 SMS/COVISA

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

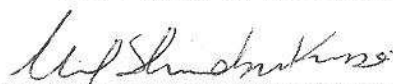
Assunto: Projeto de Lei 267/16 – de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

SMS / G
 Assessoria Parlamentar

Conforme solicitado às folhas 09 e 10, restituímos o presente com os esclarecimentos apresentados pela Divisão de Vigilância Epidemiológica desta coordenadoria, responsável pela Coordenação do Programa Municipal de Imunização, às folhas 13 e 14.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos adicionais se necessário.

São Paulo, 06 de Outubro de 2017.


CRISTINA EMIKO MARUYAMA SHIMABUKURO
 Coordenadora de Vigilância em Saúde
 SMS/COVISA


 CMF/fp.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

Folha nº	58	do Processo
nº	PL 267	de 2016
Roberto Cassio Gonçalves		
RF 101/202		

Folha de informação nº

Do Processo nº 2017.0.146.994-0 em 10.10.2017

a)
 William Hélio de Souza
 RF: 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal. Pedido de subsídios.

CÓPIA

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial



Em atendimento a solicitação de V. Sra., segue o presente coma as informações prestadas pela Divisão de Vigilância Epidemiológica da Coordenação de Vigilância em Saúde, juntadas às fls. 13 e 14.

São Paulo, 10 de outubro de 2017.

Daniel Simões de Carvalho Costa
 Chefe de Gabinete
 SMS - G-1



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Folha nº 21 do Processo nº 21.267 de 2016 fls. 98
 Roberto Casilo Gonçalves
 RF 101/252

CÓPIA

Folha de Informação nº 21

(a) Maria Alice Dos Santos
 98 635 919

Processo 2017.0.146.994-0..... em 14/11/2017

INTERESSADA: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

Diretor Substituto da Divisão de Vigilância Epidemiológica
CARLOS TADEU MARASTON FERREIRA

Em atenção ao solicitado na Folha de Informação nº 20 e considerando que:

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973, regulamentado pela Lei Federal no 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976.

O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis.

É considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas.

Os principais aliados no âmbito do SUS são as secretarias estaduais e municipais de saúde.

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as ações de vacinação, estão definidas em legislação nacional que aponta que a gestão das ações é compartilhada pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

As ações devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis.

As vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação, nos quais estão estabelecidos: os tipos de vacina; o número de doses do esquema básico e dos reforços; a idade para a administração de cada dose; e o intervalo entre uma dose e outra no caso do imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose.

O PNI define considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais os calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas.

Os calendários de vacinação estão regulamentados por Portaria ministerial, no âmbito PNI, em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de informes e notas técnicas pela Coordenação Geral do PNI.

O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas gratuitamente à população.

A inserção de um novo imunobiológico no programa e o estabelecimento de novos grupos populacionais são decisões respaldadas em bases técnicas e científicas, tais como: evidência epidemiológica; eficácia e segurança da vacina; e garantia da



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Folha nº 60 do Processo
 nº PL 267 de 2016 fls. 99
 Roberto Cassio Gonçalves
 RF 111.252

CÓPIA

Folha de Informação nº 22

(a) Maná Alice Dos Santos
 RF 635.973

Processo 2017.0.146.994-0..... em 14/11/2017

sustentabilidade da estratégia, como, por exemplo, pela capacidade de produção dos laboratórios públicos nacionais e capacidade institucional de armazenamento e distribuição.

Faz parte do calendário de vacinação do adulto as seguintes vacinas: Hepatite B, Febre amarela para os adultos que irão viajar para as áreas de recomendação de vacinação, SCR (Sarampo, caxumba e rubéola), Dupla Adulto e dTpa (difteria, tétano, coqueluche acelular) uso adulto para todas as grávidas.

A vacina influenza a partir de 2017 foi disponibilizada para os profissionais da educação.

Os profissionais da educação estão contemplados com as vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações.

Assim, o Programa Municipal de Imunizações **é contrário** ao Projeto de Lei nº267/16, que dispõe a respeito de Vacinação dos Profissionais de Educação Pública Municipal.

São Paulo, 14 novembro de 2017.


MARIA LÍGIA BACCIOTTE RAMOS NERGER
 Coordenadora do Programa Municipal de Imunização
 Núcleo de Imunização/DVE/ COVISA/SMS



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Folha nº 61 do Processo
nº PL 267 de 2016 fls. 100
Roberto Cassio Gonçalves
RF 101.752

Folha de Informação nº 23

do Processo 2017-0.146.994-0 em 14/11/2017

CÓPIA

Maria Alice Dos Santos
RF 075 171
COVISA/CCD

INTERESSADA: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

À COVISA.G

Sr. José Olímpio de Moura Albuquerque

Em atenção ao solicitado em folha 20, segue como folhas 21 e 22 e parecer do Programa Municipal de Imunização contrário ao Presente Projeto de Lei.

São Paulo, 14 de novembro de 2017.

LUIZ CLAUDIO FERREIRA ESPÍNDOLA
Assistente Técnico/CCD
COVISA / SMS

Folha nº	62	do Processo	fls. 101
nº	PL 267	de	2016
Roberto Cássio Gonçalves			
RF 107352			



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CÓPIA

Folha de Informação nº 24

Do Processo 2017-0.146.994-0

em 14/11/2017 (a)

MARIA AP LIMA SANTOS
R.F. 60.032.481
COVISA-G

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo.

Assunto: Projeto de Lei 267/2016, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal.

SMS / G
Assessoria Parlamentar

Em atenção ao solicitado às fls nº 18 e 19, após ouvida a área técnica de imunização desta Coordenadoria às fls. nº 21 e 22, entendemos não caber ao município estabelecer programa de imunização para determinada categoria profissional, visto que o Programa Nacional de Imunização estabelece as diretrizes e define os públicos-alvo considerando os critérios de risco, vulnerabilidade e especificidades sociais, não cabendo ao município definir de forma autônoma estes públicos—alvo. Destacamos ainda que a partir de 2017 a vacina influenza foi disponibilizada para os profissionais da educação.

Pelas razões apresentadas acima, manifestamo-nos pelo veto total ao PL nº 267/16.

São Paulo, 14 de Novembro de 2017.


CRISTINA EMIKO MARUYAMA SHIMABUKURO
Coordenadora de Vigilância em Saúde
SMS/COVISA

JOMA/fp



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

Folha nº <u>63</u>	do Processo nº <u>PL 267</u> de <u>2016</u>
Roberto Cássio Gonçalves RF: 101.252	

Folha de informação nº 25

Do Processo nº 2017.0.146.994-0 em 16.11.2017

a) 
 William Hélio de Souza
 RF: 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 267/16, de autoria do Vereador Reis, que dispõe a respeito do Programa de Vacinação dos Profissionais da Educação Pública Municipal. Pedido de subsídios.

CÓPIA

À
SGM/ATL – Chefia
Senhora Assessora Especial



Em atendimento a solicitação de V. Sra., a matéria em pauta foi encaminhada para manifestação da Área Técnica competente desta Pasta.

A presente iniciativa tem por objetivo “ **Dispor a respeito do Programa de Vacinação dos profissionais da educação pública Municipal, e dá outras providências**”

A **Área Técnica da Coordenação do Programa Municipal de Imunização Núcleo de Imunização/DVE/COVISA/SMS**, sob a **Coordenação de Vigilância em Saúde**, juntadas às fls. 21 a 24, em breve síntese relativo a proposta opinou pelo Veto, haja vista, entender que não cabe ao Município estabelecer programa de imunização para determinada categoria profissional, visto que o Programa Nacional de Imunização estabelece as diretrizes e define os públicos-alvo, considerando os critérios de risco, vulnerabilidade e especificidades sociais, não cabendo ao Município definir de forma autônoma estes públicos-alvo. Por oportuno, é bom lembrar, que a partir de 2017, a vacina influenza foi disponibilizada para os profissionais da educação.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

William Hélio de Souza
 Assessoria Parlamentar SMS-G
 PP. 729753

Folha nº PL 267 de 2016 fls. 103
 nº 10.252
 Assessoria Parlamentar SMS-G

Em que pese a louvável iniciativa do nobre autor, e sua brilhante justificativa do Projeto de Lei em apreço este teve parecer desfavorável pela Área Técnica correspondente dentro da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Razão pela qual, nesta oportunidade, por conta das informações encartadas neste trâmite a análise e justificativa técnica recomenda o não prosseguimento do Projeto de Lei nº 267/2016.

CÓPIA

São Paulo, 16 de novembro de 2017.

Daniel Simões de Carvalho Costa
 Chefe de Gabinete
 SMS - G

BHFB/whs

