

PLANO MUNICIPAL DE

SAÚDE

2018 – 2021



Prefeito Municipal
Marcio Claudio Wosniack

Secretário de Saúde
Rejomar Lopes de Andrade

Conselho Municipal de Saúde – 2013/2017
Presidente: Orlando Boneti
Vice-Presidente: Rute Benhuka

Elaborado por:
Francisco Expedito Damas Soares Junior

Colaboração:
Equipe técnica e gestores da Secretaria Municipal de Saúde

*O planejamento não diz
respeito a decisões futuras,
mas às implicações futuras
das decisões presentes.*

Peter Drucker

PREFÁCIO

Esta obra foi realizada através das idéias e anseios da Equipe Técnica e Gestores da SMS, prestadores de serviços e membros das comunidades de Fazenda Rio Grande através da 10ª Conferência em Saúde.

O objetivo desta obra é de além de demonstrar a operacionalização do Plano Municipal de Saúde, é informar como se operacionaliza a Gestão em Saúde de uma forma sintética, porém com uma riqueza de informações.

Neste sentido, esta obra servirá como um Guia ao Usuário sobre o serviço SUS em Fazenda Rio Grande.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. ANÁLISE SITUACIONAL.....	9
2.1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	9
2.1.1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO.....	9
2.1.2 IDENTIFICAÇÃO	10
2.1.3 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	11
2.2 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE.....	14
2.2.1 SECRETARIA DE SAÚDE.....	14
2.2.1.1 BLOCO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SUS	16
2.2.1.2 BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	16
2.2.1.3 BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	19
2.2.1.4 BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	23
2.2.1.5 BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	24
2.2.1.6 DIVISÃO DE GESTÃO ESTRATÉGICA.....	28
2.2.1.7 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL.....	28
2.2.1.8 DIVISÃO DE ASSESSORAMENTO JURÍDICO	29
2.2.1.9 DIVISÃO DE ASSESSORAMENTO CONTÁBIL	29
2.2.2 PERFIL EM SAÚDE	29
2.2.3 FALE COM A SAÚDE	43
3. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	45
3.1 PACTO PELA SAÚDE.....	46
3.2 PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO.....	46
3.2.1 PLANO PLURIANUAL.....	47
3.2.2 LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS.....	47

3.2.3 LEI ORÇAMENTARIA ANUAL	48
3.2.4 PRESTAÇÃO DE CONTAS EM SAÚDE	48
3.3 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	48
3.3.1 DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	48
3.3.2 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	49
4. APROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	77
5. ADENDOS	78
5.1 ANEXO - REMUME MUNICIPAL	78
5.2 ANEXO - PDVISA PLANO DE AÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	93
5.3 ANEXO - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE	112
5.4 ANEXO - PORTARIA Nº 2488 DE 21 DE OUTUBRO DE 2011; ACERCA A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA	123
5.5 ANEXO - LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 – ACERCA O FINANCIAMENTO EM SAÚDE	161
5.6 ANEXO – APROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	175
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	176

1. INTRODUÇÃO

Este Plano Municipal de Saúde foi realizado com base no diagnóstico situacional, perfil sócio-demográfico, epidemiológico, sanitário e em instrumentos de gestão, tais como:

- Plano de Governo Municipal;
- Plano Plurianual;
- Indicadores de Saúde, e;
- Propostas aprovadas na 10ª Conferência de Saúde, realizada no dia 26 de julho de 2017.

Ele tem o propósito de estabelecer as metas para a área de saúde sob a ótica do planejamento, compreendendo as diretrizes, estratégias e avaliações, servindo como alicerce das ações na Gestão do Sistema Único de Saúde de Fazenda Rio Grande.

2. ANALISE SITUACIONAL

2.1 ANALISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

2.1.1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO



No início do século XVI existiam apenas terras indígenas na região, sendo uma delas a aldeia CAPOCU, cujas terras pertenciam ao governo da 5ª Comarca de São Paulo. Em 1800 surgiu, junto à fazenda CAPOCU outra fazenda denominada RIO GRANDE, ou GRANDE RIO, porque se desenvolveu às margens do Rio Iguaçu.

Esses dois povoados originados pelas duas fazendas, passaram a ser denominados de Fazenda Rio Grande, que juntamente com outros povoados desta região em 25 de julho de 1960, foram desmembrados de São José dos Pinhais formando o Município de Mandirituba. Em 1981, através da lei 7521, publicada no Órgão Oficial do Estado Nº 1.171, no dia 17 de novembro de 1981, assinado pelo então Governador Ney Braga, Fazenda Rio Grande tornou-se Distrito Administrativo do Município de Mandirituba. A emancipação de Fazenda Rio Grande se deve a um contexto sócio-econômico específico, que está atrelado ao crescimento da grande Curitiba ao final da década de 70.

A partir de 1975 com a quase erradicação da produção de café na Região Norte do Paraná, houve um grande movimento de êxodo rural no Estado, o qual atraiu para a região metropolitana de Curitiba muitas pessoas. O Município de Fazenda Rio Grande, começou a se tornar realidade em 15 de setembro de 1989, através do Projeto de Lei nº 229/89, de autoria do Deputado Estadual Aníbal Khury. Em 26 de janeiro de 1990 através da Lei Estadual nº 9.213, sancionada pelo então Governador Álvaro Fernandes Dias, nas dependências da Churrascaria 22, na presença de mais de três mil testemunhas, foi criado o município de Fazenda Rio Grande. Hoje Fazenda Rio

Grande se caracteriza por ser um dos municípios brasileiros que mais cresce, apresentando um crescimento populacional na ordem de 10% ao ano, sendo sede de Comarca, desde 1999. A instalação do Município no dia 12 de abril de 1991, às 13:30 horas no Fórum da Comarca de São José dos Pinhais, pelo então Juiz de Direito Dr. Raul Luiz Gutmann, publicada no Diário da Justiça através do decreto nº 360.

Criação do município: 26 de janeiro de 1990.

Instalação do município: 1 de janeiro de 1993

Padroeiro: São Gabriel das Dores (27 de fevereiro)

2.1.2 IDENTIFICAÇÃO

Município: Fazenda Rio Grande

Código Município: 41.0765-2

População do Município: 93.730 (Estimativa da População 2016¹ - IBGE)

Regional de Saúde: 2ª Regional Metropolitana de Saúde – Estado do Paraná

Tipo de Gestão: Gestão Básica de Atenção Primária em Saúde

Prefeito Municipal: Marcio Claudio Wosniack

Endereço: Rua Jacarandá, 300 – Bairro Nações

CEP: 83.823-901

Telefone: (41) 3627-8500

Secretário Municipal de Saúde: Rejomar Lopes de Andrade

Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430 – Bairro Iguaçu

¹ <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/fazenda-rio-grande/panorama>

CEP: 83.833-056

Telefone: (41) 3608-7450

2.1.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

PERFIL AVANÇADO DO MUNICÍPIO DE FAZENDA RIO GRANDE						
TERRITÓRIO E AUTORIDADE ELEITA						
Microrregião Geográfica	MRG de Curitiba					
Desmembrado de	Mandirituba					
Data de Instalação	01/01/1993					
Data de Comemoração (Aniversário)	26 de janeiro					
Altitude da sede (IBGE) (m)	910					
Distância à Capital (SETR) (km)	31,35					
Autoridade Eleita (TRE-PR)	Marcio Claudio Wozniack					
ELEITORES E ZONAS ELEITORAIS		FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Número de Eleitores	TSE	2016	60.521	2.167.736	7.869.450	
Quantidade de Zonas Eleitorais	TRE-PR	2016	1	26	206	
ÁREA TERRITORIAL E DEMOGRÁFICA		FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Área Territorial (ITCG) (km ²)	ITCG	2017	115,377	8.584,94	199.880,20	
Densidade Demográfica (hab/km ²)	IPARDES	2016	812,38	391,69	56,25	
Grau de Urbanização (%)	IBGE	2010	92,96	94	85,33	
População - Estimada (habitantes)	IBGE	2016	93.730	3.362.636	11.242.720	
População - Censitária (habitantes)	IBGE	2010	81.675	3.060.332	10.444.526	
População - Censitária - Urbana (habitantes)	IBGE	2010	75.928	2.876.832	8.912.692	
População - Censitária - Rural (habitantes)	IBGE	2010	5.747	183.500	1.531.834	
População - Contagem (habitantes) ⁽¹⁾	IBGE	2007	75.006	3.063.140	10.284.503	
Taxa de Crescimento Geométrico (%)	IBGE	2010	2,65	1,4	0,89	
Índice de Idosos (%)	IBGE	2010	13,31	28,35	32,98	
Razão de Dependência (%)	IBGE	2010	47,49	40,63	43,78	
Razão de Sexo (%)	IBGE	2010	98,72	94,37	96,56	
Taxa de Envelhecimento (%)	PNUD/IPEA/ FJP	2010	3,78	6,38	7,55	
DESENVOLVIMENTO HUMANO E RENDA		FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Índice de Desenvolvimento Humano - IDHM	PNUD/IPEA/ FJP	2010	0,72	...	0,749	
Índice de Gini da Renda Domiciliar <i>Per Capita</i>	IBGE	2010	0,4922	...	0,5416	

EDUCAÇÃO	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Matrículas na Creche (alunos)	MEC/INEP	2016	1.291	74.801	209.954
Matrículas na Pré-escola (alunos)	MEC/INEP	2016	3.553	51.704	231.155
Matrículas no Ensino Fundamental (alunos)	MEC/INEP	2016	17.286	430.520	1.430.589
Matrículas no Ensino Médio (alunos)	MEC/INEP	2016	5.232	134.807	457.554
Matrículas na Educação Profissional (alunos)	MEC/INEP	2016	526	38.049	82.447
Matrículas no Ensino Superior (alunos)	MEC/INEP	2015	-	139.961	389.966
Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais (%)	IBGE	2010	4,47	...	6,28
SAÚDE	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Estabelecimentos de Saúde (número)	MS-CNES	2016	50	6.983	22.852
Leitos Hospitalares Existentes (número)	MS-CNES	2016	48	8.069	27.017
Taxa de Fecundidade (filhos/mulher)	PNUD/IPEA/ FJP	2010	2,28	...	1,86
Taxa Bruta de Natalidade (mil habitantes)	IBGE/SESA- PR	2016	20,99	13,96	13,78
Taxa de Mortalidade Geral (mil habitantes) (P)	Datasus/SES A-PR	2016	5,67	5,88	6,72
Taxa de Mortalidade Infantil (mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SES A-PR	2016	7,12	9,55	10,44
Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SES A-PR	2016	8,13	11,08	12,36
Taxa de Mortalidade Materna (100 mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SES A-PR	2016	50,84	27,7	40,02
DOMICÍLIOS E SANEAMENTO	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Número de Domicílios Recenseados	IBGE	2010	27.640	1.072.031	3.755.090
Número de Domicílios Particulares Permanentes	IBGE	2010	23.696	967.036	3.298.297
Domicílios Particulares Permanentes - Com Água Canalizada	IBGE	2010	23.602	963.079	3.273.822
Domicílios Particulares Permanentes - Com Banheiro ou Sanitário	IBGE	2010	23.665	964.929	3.286.052
Domicílios Particulares Permanentes - Destino do Lixo - Coletado	IBGE	2010	23.518	953.748	2.981.998
Domicílios Particulares Permanentes - Com Energia Elétrica	IBGE	2010	23.686	966.110	3.284.181
Abastecimento de Água (unidades atendidas ⁽²⁾)	Sanepar/Outras	2016	42.248	1.259.646	3.746.241
Consumo de Água - Volume Faturado (m ³)	Sanepar/Outras	2016	6.075.710	202.577.533	588.553.482
Consumo de Água - Volume Medido (m ³)	Sanepar/Outras	2016	4.616.444	169.736.266	484.967.327
Atendimento de Esgoto (unidades atendidas ⁽²⁾)	Sanepar/Outras	2016	23.383	1.026.109	2.625.737
ENERGIA ELÉTRICA	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Consumo de Energia Elétrica (Mwh)	COPEL	2016	206.722	8.421.460	28.368.705

Consumidores de Energia Elétrica (número) ⁽³⁾	COPEL	2016	43.767	1.345.335	4.615.622
TRABALHO	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Estabelecimentos (RAIS) (número)	MTE	2015	1.506	88.290	314.993
Comércio Varejista	MTE	2015	590	29.670	107.940
Alojamento, Alimentação, Radiodifusão e Televisão	MTE	2015	151	10.759	33.205
Construção Civil	MTE	2015	151	5.714	19.588
Empregos (RAIS) (número)	MTE	2015	14.646	1.235.595	3.113.204
Estabelecimentos (RAIS) nas Atividades Características do Turismo (ACTs) (número)	MTE	2015	97	6.745	20.003
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Alojamento (número)	MTE	2015	7	404	1.823
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Alimentação (número)	MTE	2015	75	5.363	14.807
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Terrestre (número)	MTE	2015	6	226	1.256
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Aéreo (número)	MTE	2015	-	19	34
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Transporte Aquaviário (número)	MTE	2015	-	1	25
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Agências de Viagem (número)	MTE	2015	2	380	983
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Aluguel de Transportes (número)	MTE	2015	2	133	281
Estabelecimentos (RAIS) nas ACTs - Cultura e Lazer (número)	MTE	2015	5	219	794
População em Idade Ativa (PIA) (pessoas)	IBGE	2010	67.119	2.628.164	8.962.587
População Economicamente Ativa (PEA) (pessoas)	IBGE	2010	41.158	1.687.845	5.587.968
População Ocupada (PO) (pessoas)	IBGE	2010	38.548	1.604.177	5.307.831
Taxa de Atividade de 10 anos ou mais (%)	IBGE	2010	61,28	64,22	62,35
Taxa de Ocupação de 10 anos ou mais (%)	IBGE	2010	93,66	95,04	94,99
AGROPECUÁRIA	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Valor Bruto Nominal da Produção Agropecuária (R\$ 1,00)	DERAL	2015	37.313.883,54	2.121.791.565,01	77.821.205.812,74
Pecuária - Bovinos (cabeças)	IBGE	2015	800	83.099	9.314.908
Pecuária - Equinos (cabeças)	IBGE	2015	500	22.385	300.781
Pecuária - Ovinos (cabeças)	IBGE	2015	320	33.933	614.749
Pecuária - Suínos (cabeças)	IBGE	2015	700	71.255	7.134.055
Aves - Galináceos (cabeças)	IBGE	2015	330.500	6.734.889	324.034.053
Produção Agrícola - Soja (em grão) (toneladas)	IBGE	2015	3.593	151.910	17.229.378
Produção Agrícola - Feijão (em grão) (toneladas)	IBGE	2015	1.561	51.581	726.213
Produção Agrícola - Cebola (toneladas)	IBGE	2015	1.720	57.321	129.674
FINANÇAS PÚBLICAS	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Receitas Municipais (R\$ 1,00)	Prefeitura	2015	172.557.653,05	10.654.098.118,28	30.414.538.748,13

Despesas Municipais (R\$ 1,00)	Prefeitura	2015	164.036.521,27	10.192.688.046,05	29.468.793.608,04
ICMS (100%) por Município de Origem do Contribuinte (R\$ 1,00)	SEFA-PR	2016	44.442.477,30	15.659.531.258,20	25.907.692.833,12
ICMS Ecológico - Repasse (R\$ 1,00)	SEFA-PR	2015	-	63.712.256,58	251.375.123,07
Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (R\$ 1,00)	MF/STN	2016	36.486.392,59	757.427.336,28	5.396.212.645,07
PRODUTO E RENDA	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
PIB <i>Per Capita</i> (R\$ 1,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	18.641	40.679	31.411
Valor Adicionado Bruto (VAB) a Preços Básicos (R\$ 1.000,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	1.396.965	107.303.118	301.106.711
VAB a Preços Básicos - Agropecuária (R\$ 1.000,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	14.515	888.456	28.599.816
VAB a Preços Básicos - Indústria (R\$ 1.000,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	380.816	29.464.720	75.758.464
VAB a Preços Básicos - Serviços (R\$ 1.000,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	707.502	64.278.945	156.145.617
VAB a Preços Básicos - Administração Pública (R\$ 1.000,00) ⁽⁴⁾	IBGE/Ipardes	2014	294.132	12.670.996	40.602.794
Valor Adicionado Fiscal (VAF) (R\$ 1,00) (P)	SEFA-PR	2015	966.993.840	87.896.934.235	254.029.322.845
VAF - Produção Primária (R\$ 1,00) (P)	SEFA-PR	2015	12.849.359	1.067.423.236	52.644.331.165
VAF - Indústria (R\$ 1,00) (P)	SEFA-PR	2015	648.530.601	51.010.043.967	111.082.022.362
VAF - Comércio/Serviços (R\$ 1,00) (P)	SEFA-PR	2015	305.526.644	35.790.396.693	89.603.805.782
VAF - Recursos/Autos (R\$ 1,00) (P)	SEFA-PR	2015	87.236	29.070.339	699.163.536

2.2 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

2.2.1 SECRETÁRIA DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde foi instituída pela Lei Complementar n.º 01/1993, e passou por duas alterações de nomenclatura, através das Leis Complementares n.º 01/2001 e 47/2011.

MISSÃO

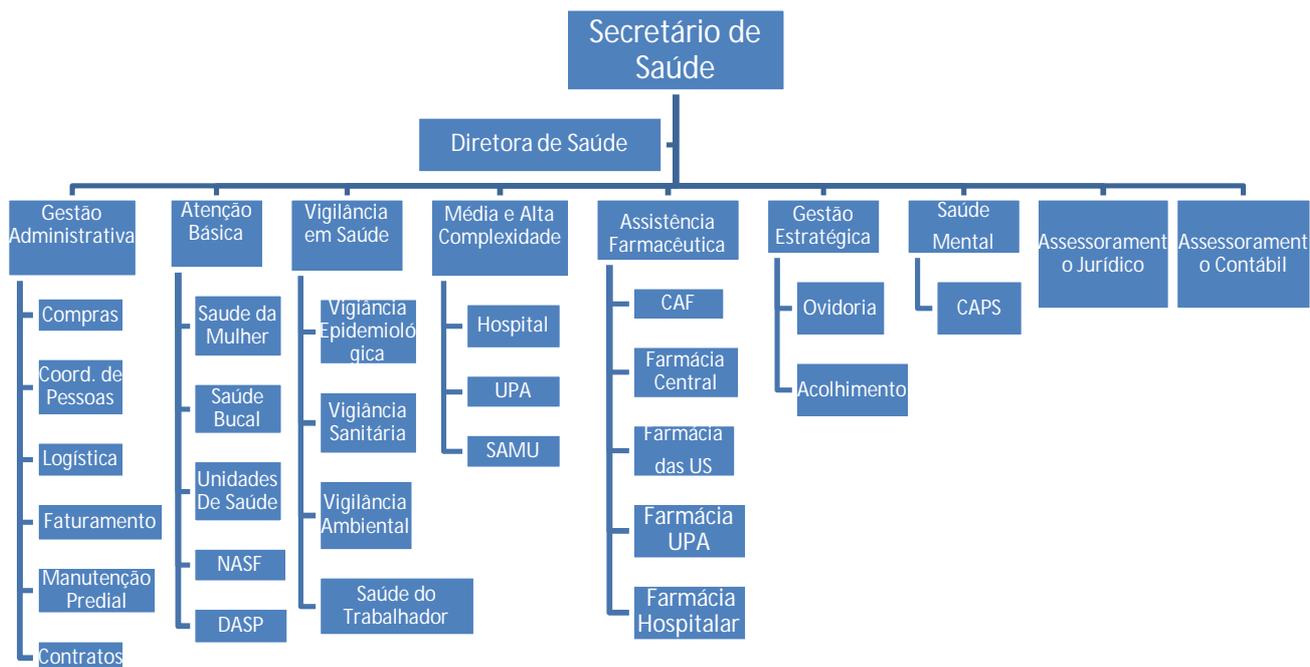
Promover e prevenir a saúde, garantindo o acesso humanizado aos serviços de saúde do município.

VISÃO

Ser uma Secretaria estruturada, ágil e descentralizada, com a rede de atenção à saúde integrada, regulada, tendo excelência na oferta de serviços, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

As ações e serviços de saúde estão divididos de acordo com a complexidade dos serviços. Esta divisão possibilitou qualificar o serviço prestado em Saúde. A divisão segue da seguinte maneira:



Equipe Técnica:

- **Direção Geral de Saúde:** Joyce Fernanda Compri
- **Divisão de Gestão Administrativa:** Andreia Teodoro Pinto

- **Divisão de Gestão Estratégica:** Vanessa Carriço Lemes
- **Divisão de Atenção Básica:** Juliana Martins
- **Divisão de Média e Alta Complexidade:** Stela Maris Beggi Baron Ribeiro
- **Divisão de Assistência Farmacêutica:** Rubiane Wosniack
- **Divisão de Vigilância em Saúde:** Nelceli Bento Garcia
- **Divisão de Saúde Mental:** Maria Carolina Pelanda Lutfi
- **Divisão de Assessoramento Jurídico:** Paula A. S. Rodrigues de Carvalho
- **Divisão de Assessoramento Contábil:** Rosilene Cardoso Barankiewicz

2.2.1.1 BLOCO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SUS

Este bloco é responsável pelas ações administrativas da Secretaria de Saúde, servindo de suporte e apoio as atividades desenvolvidas pelos demais setores de saúde. Ou seja, tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do SUS.

Os serviços realizados por este setor são:

- Regulação – marcação de consultas especializadas e exames clínicos;
- Coordenação de Pessoas – serviços de recursos humanos dos estabelecimentos ligados a esta secretaria;
- Logística – transporte de pacientes para consultas especializadas fora do município; transporte de documentos de saúde no âmbito intra-municipal;
- Faturamento – dos serviços realizados pelo Hospital M. Nossa Senhora Aparecida;
- Manutenção – dos imóveis pertencentes a esta secretaria;
- Compras e;
- Contratos.

2.2.1.2 BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA

Este bloco é responsável por ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos

e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

A Atenção Básica, através das Unidades de Saúde, são a porta de entrada para o usuário SUS com relação ao seu atendimento.

No momento, contamos com 11 unidades de saúde (9 em área urbana e 2 em área rural), com 18 equipes de estratégia da saúde da família, 6 equipes de saúde bucal e 89 agentes comunitário de saúde.

Cobertura ESF

2012	70,56%
2013	73,48%
2014	62%
2015	68,51%
2016	67,35%

Número de equipes de saúde da família

2012	17
2013	18
2014	16
2015	18
2016	18
2016	18

Cobertura Saúde Bucal

2.012	37,36%
2.013	36,74%
2.014	34,87%
2.015	34,25%
2.016	22,45%

Equipes Saúde Bucal

2.012	9
2.013	9
2.014	9
2.015	9
2.016	6

Cobertura ACS

2.012	70,56
2.013	73,48
2.014	62
2.015	68,51
2.016	67,35

Número de ACS

2.012	104
2.013	91
2.014	80
2.015	91
2.016	89

- Unidade de Saúde Canaã
- Unidade de Saúde Eucaliptos
- Unidade de Saúde Gralha Azul
- Unidade de Saúde Hortência
- Unidade de Saúde Iguazu
- Unidade de Saúde Nações
- Unidade de Saúde Pioneiros
- Unidade de Saúde Santa Maria
- Unidade de Saúde Santa Terezinha
- Unidade de Saúde São Sebastião
- Unidade de Saúde Vila Marli

A política Nacional de Atenção Básica, através da portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 é a principal referência das diretrizes e normas para a organização da

Atenção Básica. Os serviços realizados pela Atenção Básica estão presentes nas Unidades de Saúde, NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Saúde Bucal.

ANO DE 2016	TOTAL
Consultas Médicas	89.648
Consultas Pré-natal	11.833
Consultas Pós-parto	3.372
Avaliação de Enfermagem	22.416
Preventivo	5.454
1ª Consulta Odontológica	2.294
Nº Pacientes dia	5.064
Procedimentos odontológicos	11.568
Altas Odontológicas	3.081
Programas	25.949
Pressão Arterial - Teste Glicemia	98.229
Curativo	9.497
Retirada de pontos	3.363
Inalação	1.570
Visita Domiciliar	6.281
Visita Domiciliar Agente Comunitário de Saúde	180.248
Total de Procedimentos Realizados	479.867

Os serviços realizados pela Atenção Básica estão presentes nas Unidades de Saúde, NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Saúde Bucal.

2.2.1.3 BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Este bloco é responsável pelas ações não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também, a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais.

A característica essencial da atividade de vigilância é, portanto, a existência de uma “observação contínua” e da “coleta sistemática” de dados sobre doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente.

Hoje, a Vigilância está sub-dividida em: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica consiste no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

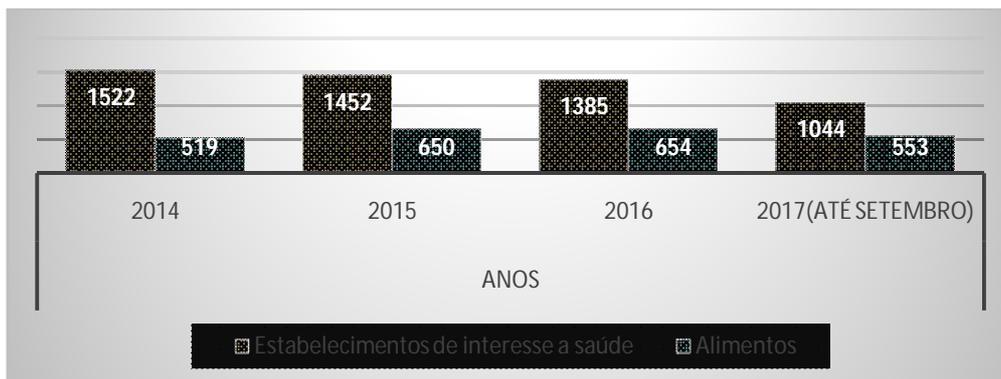
Ações de Vigilância Epidemiológica

- Busca ativa de casos atendidos nos hospitais e pesquisa em prontuários;
- Realização de informes técnicos sobre doenças de notificação e vacinas;
- Investigação dos casos positivos de agravos.
- Revisão e avaliação dos bancos de dados do SINAN NET e SINAN ONLINE (agravos de notificação), SIM e SINASC para envio dos arquivos ao DATASUS/MS;
- Recebimento, investigação, avaliação, digitação e retroalimentação às unidades notificadoras das fichas de notificação compulsória de agravos;

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tem como objetivo, realizar o monitoramento para a eliminação, diminuição e prevenção de riscos à saúde e de intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo. O setor atua através de:

- Fiscalização de estabelecimentos, uma média de 1.800 (mil e oitocentas) vistorias anuais, número que cresce exponencialmente conforme a ascensão do município;
- Investigação de denúncias e surtos de doenças;
- Realização de atividades educativas;
- Atendimento a programas estaduais, como o Programa Leite das Crianças, onde são verificados os pontos de distribuição do leite dentro do município bem como a realização do controle de qualidade para consumo.

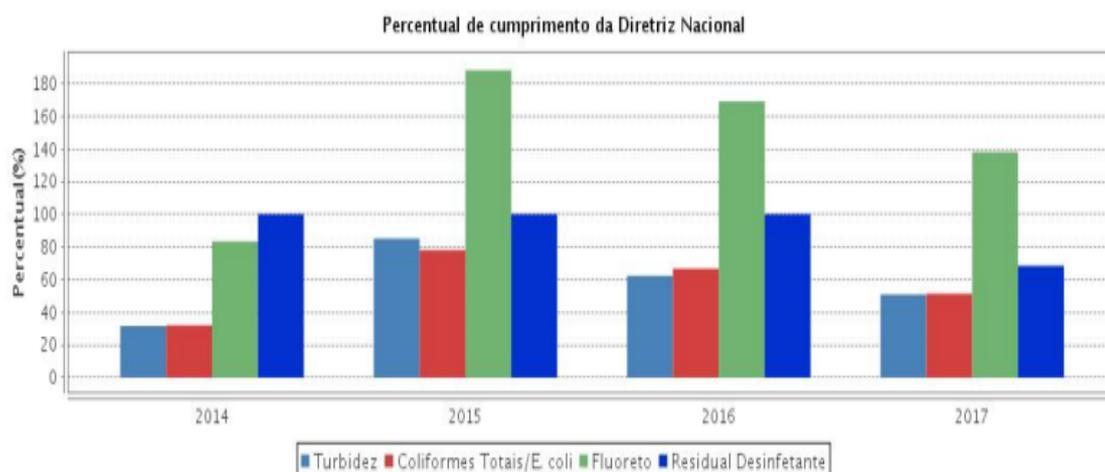


Vistorias realizadas pela Vigilância Sanitária Banco de dados / Vigilância Sanitária Municipal

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância Ambiental é responsável pelo desenvolvimento do conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. O trabalho realizado no município possui características preventivas e de monitoramento, sendo:

- Monitoramento de vetores, animais peçonhentos, e de áreas com risco de contaminação ambiental, que venham a causar danos a saúde da população;
- Atendimento a programas estaduais, como o VIGIAGUA, onde semanalmente procede-se a coleta de amostras de água e envio para análise laboratorial.



Consumo Humano (SISÁGUA).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Caracteriza-se pelo conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A atuação se dá através de:

- Fiscalização, realizada em conjunto com a Vigilância Sanitária.
- Ações educativas, para a conscientização de funcionários e empregadores quanto à importância do cuidado com a saúde dentro das empresas, alertando sobre riscos e deveres de cada um.
- Investigação de acidentes trabalhos, procurando corrigir os fatores que levaram ao infortúnios.

Em Fazenda Rio Grande os setores de Vigilância Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Epidemiológica, como já mencionado, atuam de forma integrada, com o trabalho pautado no cumprimento de metas estabelecidas e educação sanitária, contidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA, no Plano de Contingência da Dengue e o Plano de Gerenciamento de Resíduos, apresentados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Devido ao franco crescimento municipal, a integração entre os setores da vigilância é primordial para o combate de novas doenças e agravos, que chegam junto com novas empresas, trabalhadores e famílias, vindas de diversas regiões do Brasil e do mundo, e, devido à grande diversidade econômica, desde a produção agrícola até a produção industrial, passando por diversos ramos de atividade e de prestação de serviços, todos sendo atendidos e fiscalizados pela Divisão de Vigilância em Saúde, os profissionais que atuam no serviço necessitam de capacitação e atualização constante.

Seguindo as Ações de Vigilância em Saúde, as quais são estipuladas metas concernentes ao trabalho realizado pela Vigilância em Saúde, consta no anexo desta obra, o Plano de Ação em Vigilância Sanitária - PDVISA, Plano de Gerenciamento de resíduos sólidos em Saúde.

2.2.1.4 BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O Município de Fazenda Rio Grande, conforme pactuado com o Ministério de Saúde e Governo Estadual é Gestão Básica de serviços em Saúde. Isto quer dizer que o município tem obrigações apenas com o serviço de atendimento da Atenção Básica.

Entretanto, com o objetivo de procurar prestar um serviço qualificado a população fazendense, a Secretaria de Saúde aderiu a alguns serviços de médio e alto porte, dentre os quais:

- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento, e;
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida.

HOSPITAL MUNICIPAL - 2016	TOTAL
Consulta Ginecológica	593
Consulta Obstetrícia	7.644
Consulta Pediátrica	657
Consulta com Observação	498
Cirurgia Ginecológica	29
Cesariana	334
Parto Normal	683
Curetagem	118
Internamento / Tratamento Obstétrico	189
Internamento Pediátrico	53
Ecografia Obstétrica	1.713
TOTAL	13.073

UPA - 2016	TOTAL
Atendimentos	114.348

SAMU - 2016	TOTAL
Atendimentos do SAMU	2.530

O paciente que é atendido por um destes estabelecimentos, e que necessite realizar qualquer procedimento o qual nossos estabelecimentos não possuam suporte de atendimento, são encaminhados, através da Central de Regulação da 2º Regional

de Saúde do Paraná, para outros Hospitais o quais tenham condição de oferecer um melhor atendimento ao mesmo.

2.2.1.5 BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

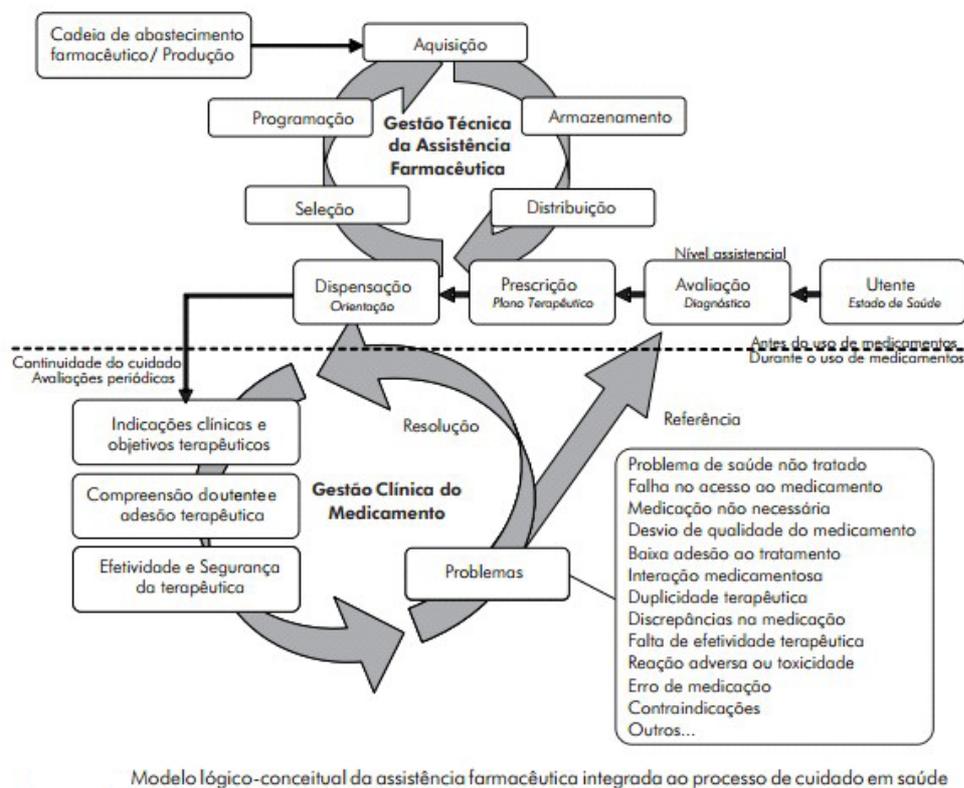
A Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pela Resolução nº. 338 de 2004 do Conselho Nacional de Saúde apresenta a seguinte definição:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da Saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional, conjunto este que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Assistência Farmacêutica constitui um dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, com foco na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. Compreendem-se como componentes da AF a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento.

A gestão técnica da assistência farmacêutica se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos. A gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o usuário. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo usuário.

Correr CJ, et al. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento



No momento, as principais licitações para aquisições de medicamentos, materiais, médicos hospitalar, de enfermagem e odontológico são:

- PP 37/2016 – Dietas e Leites – 02/03/2018
- PP 63/2016 – Materiais Médico Hospitalares – 27/06/2018
- PP 07/2017 – Medicamentos – 19/07/2018
- PP 09/2017 – Radiologia – 05/06/2018
- PP 20/2017 – ABCFARMA – 17/08/2018
- PP 24/2017 – Medicamentos – 22/08/2018

De acordo com os itens I, II e III do artigo 3º da Portaria GM/MS nº 1.555/2013, e suas alterações na Portaria GM/MS nº 2.001/2017, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (Anexos de I a IV) é a lista de referência dos medicamentos e insumos que podem ser adquiridos com recursos do Bloco da Assistência Farmacêutica (Componente Básico), inclusive da contrapartida municipal. Por sua vez, o município possui uma lista mais refinada para a aquisição dos

medicamentos REMUME – Relação Municipal de Medicamentos, o qual sua lista se encontra no anexo desta obra.

Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - União: R\$ 5,58 (cinco reais e cinqüenta e oito centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS;

e
III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é utilizada especificamente para medicamentos, com a finalidade de diferenciá-la de almoxarifados, depósitos, armazéns e outros espaços físicos destinados à estocagem de outros tipos de materiais. É uma construção destinada ao recebimento, estocagem, guarda e expedição dos medicamentos e insumos farmacêuticos, visando a assegurar a conservação adequada dos produtos em estoque.

FARMÁCIA CENTRAL	TOTAL
Farmácia Central - Pacientes Atendidos	27.886
Farmácia Central - Medicamentos controlados (frascos/comprimidos/injetáveis)	2.956.362
Farmácia Central - Medicamentos Programa Tabagismo	23.262
Farmácia Central – Fitas para medição de glicemia (Caixa)	3.099
Farmácia Central – Aparelhos para medição de glicemia (empréstimo)	255
Farmácia Central – Antiasmáticos	2.064
Farmácia Central – Pareceres Técnicos Casos Judiciais e Ouvidoria	114

FARMÁCIA BÁSICA	TOTAL
Farmácia Básica - Pacientes Atendidos	185.001
Farmácia Básica - Dispensação de medicamentos (geral)	7.818.757
Farmácia Básica - Dispensação de anticoncepcionais injetáveis	74.611
Farmácia Básica - Preservativos masculinos	7.706

COMISSÃO FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é instância colegiada de caráter consultivo e de assessoria da Secretaria Municipal da Saúde de Fazenda Rio Grande, vinculada

à Divisão de Assistência Farmacêutica (DAF), cujas ações devem estar voltadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos, Insumos para Saúde e Dietas Especiais.

Esta comissão foi criada através da Portaria nº 266/2013, de 04 de dezembro de 2013, alteração na composição pela Portaria nº 089/2017, de 08 de junho de 2017. Ela é composta por equipe uma multidisciplinar de médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros.

São atribuições da Comissão:

- Assessorar a DAF nos assuntos referentes a medicamentos, MMH, dietas especiais, equipamentos e materiais permanentes (instrumentais) e odontológicos;
- Atualizar a REMUME e REMUMISA²;
- Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da REMUME e da REMUNISA;
- Elaborar fichas técnicas e as normas para sua aplicação, bem como outros materiais informativos sobre o Uso Racional de Medicamentos;
- Propor ações educativas visando o Uso Racional dos insumos em saúde;
- Propor estratégias de avaliação da utilização dos insumos em saúde na rede de serviços do Sistema Único de Saúde;
- Estabelecer os critérios de prioridade para orientar a área de aquisição de insumos em saúde;
- Analisar periodicamente as estatísticas de morbidade e mortalidade com o objetivo de identificar as necessidades de alterações da REMUME;
- Participar da elaboração de normas para prescrição e uso dos medicamentos e dietas especiais, bem como protocolos de uso de materiais médico-hospitalares de uso único;
- Atualizar as informações relacionadas a indicações, contra-indicações, duração do tratamento e doses dos medicamentos da REMUME;
- Promover a capacitação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde para a utilização da REMUNE, REMUMISA e dos protocolos de tratamento.

Atualmente, a Assistência Farmacêutica é composta pelos seguintes profissionais:

- Farmácia Central: 2 farmacêuticos; 2 assistentes administrativos e 1 auxiliar de farmácia;
- CAF: 1 farmacêutico, 1 assistente administrativo, 4 estoquistas.
- Farmácia UPA: 1 farmacêutico, 2 auxiliares de farmácia e 6 assistentes administrativos
- Farmácia Maternidade: 1 farmacêutica (setor desativado devido reforma)

² REMUMISA – Relação Municipal de Medicamentos e Insumos de Saúde

2.2.1.6 DIVISÃO DE GESTÃO ESTRATÉGICA

A Divisão de Gestão Estratégica tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

- Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social;
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde pleiteando recursos para melhorias da infraestrutura, equipamentos e materiais permanentes, a fim de disponibilizar melhores condições de atendimento para o usuário e trabalhador do SUS;
- Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas;
- Formular a política de ouvidoria do SUS;
- Prestar serviços de ouvidoria do SUS – Um canal democrático que serve como subsídio para fortalecimento da política de saúde municipal bem como a promoção da cidadania em saúde.

No ano de 2016, a Ouvidoria de Saúde atendeu a 898 casos.

2.2.1.7 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

Assim como as atividades desenvolvidas pelo Bloco de Média e Alta Complexidade, as ações de promoção à Saúde Mental são consideradas como um serviço qualificado à qual o município decidiu ofertar a sua população.

Esta divisão é responsável em ser o papel regulador de atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, adulto e infante juvenil.

Hoje o nosso município conta com uma unidade de CAPS II, o qual atende a uma demanda de 220 pacientes por mês, além de Ambulatório AD.

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL	TOTAL
Encaminhamento Psicologia CPM - Infante Juvenil	327
Psicologia Grupo AD - Dependência Química	213
Psicologia Grupo Família AD - Dependência Química	14
Psiquiatria Ambulatorial AD	473
Acolhimento AD	182
Psiquiatria Ambulatorial Infante Juvenil	80
Acolhimento Livre Demanda	128
Capacitação para Médicos da At. Básica - Evento	5
Grupo de Tabagismo - pessoas alcançadas	1048

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	TOTAL
Acolhimento	662
Atendimento Familiar	150
Psiquiatria	1334
Psicologia	228
Inclusão	170

Dados de produção do ano de 2016.

2.2.1.8 DIVISÃO DE ASSESSORAMENTO JURÍDICO

Serviços de assessoramento aos processos judiciais envolvendo a Secretaria de Saúde.

2.2.1.9 DIVISÃO DE ASSESSORAMENTO CONTÁBIL

Serviços de assessoramento contábil envolvendo as demandas a Secretaria de Saúde.

2.2.2 PERFIL EM SAÚDE

PERFIL DE NATALIDADE

A taxa de natalidade de uma região é o número de nascimentos por 1000 habitantes (nesta região) em um ano, expressando a intensidade com a qual a

natalidade atua sobre uma determinada população. É influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo.

Em geral, as taxas de natalidade estão associadas a condições socioeconômicas e a aspectos culturais da população. Em Fazenda Rio Grande, observa-se que houve sensível aumento no ano de 2015, vindo decrescer sensivelmente nos anos de 2016 e 2017. Apresentam-se ligeiramente superiores às observadas no Brasil, no ano de 2015 (Fazenda Rio Grande – 22,9/1000 hab.; Brasil – 14,16/1000 hab.). As elevadas taxas de natalidade em Fazenda Rio Grande por sua vez, explicam-se pelo constante aumento demográfico ocorrido no município, principalmente nos últimos 7 anos.

Contudo, há que se considerar a urbanização, a queda da fecundidade da mulher, o planejamento familiar, a utilização de métodos de prevenção à gravidez e a mudança ideológica da população como fatores tendenciosos para a redução do crescimento populacional.



MORTALIDADE GERAL

O Coeficiente de Mortalidade Geral, expressa o número de óbitos para cada 1.000 habitantes. Em Fazenda Rio Grande, observa-se que as taxas de mortalidade geral têm se mantido baixas, apesar do aumento populacional observado nos últimos anos; inferior às taxas apresentadas nos últimos anos no Brasil (Em 2015 a taxa brasileira foi de 6,08, enquanto Fazenda Rio Grande apresentou taxa de 5,6).

Existem vários fatores que podem influenciar a taxa de mortalidade, entre eles a condição física de cada habitante, fenômenos climatológicos, condições sociais, de saúde entre outros.



MORTALIDADE POR SEXO

Observa-se que o número de óbitos é maior entre homens; considerando que a grande parcela, ocorre entre os homens de 20 a 29, que morreram três vezes mais que mulheres da mesma faixa etária. Os acidentes e homicídios são as principais causas das altas taxas de mortalidade masculina na juventude.

Esta sobre-mortalidade masculina, principalmente, nessa faixa de adultos jovens, correspondem ao grande peso das mortes por violências e acidentes de trânsito na população masculina.



MORTALIDADE INFANTIL

Podemos observar um índice de mortalidades no ano de 2014, um pouco acima do considerado aceitável pela OMS. Em 2015, ocorreu um aumento significativo no número de óbitos infantis no município, que correspondeu a uma taxa de 19,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos.

Após a análise de cada caso pelo Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, foi possível pontuar as principais falhas relacionadas aos casos de óbitos evitáveis, bem como deficiências no atendimento de referência de alto risco, considerando que os óbitos que se qualificaram no quadro de alto risco, responderam por 60% do total geral de óbitos infantis no município no ano de 2015. Mediante a situação estabelecida, determinou-se estado de alerta envolvendo todas as Divisões responsáveis pelo atendimento materno-infantil.

Elaborou-se pelo Comitê Municipal de Mortalidade, um Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, instrumentando as coordenações quanto ao seguimento sistemático das ações de prevenção.

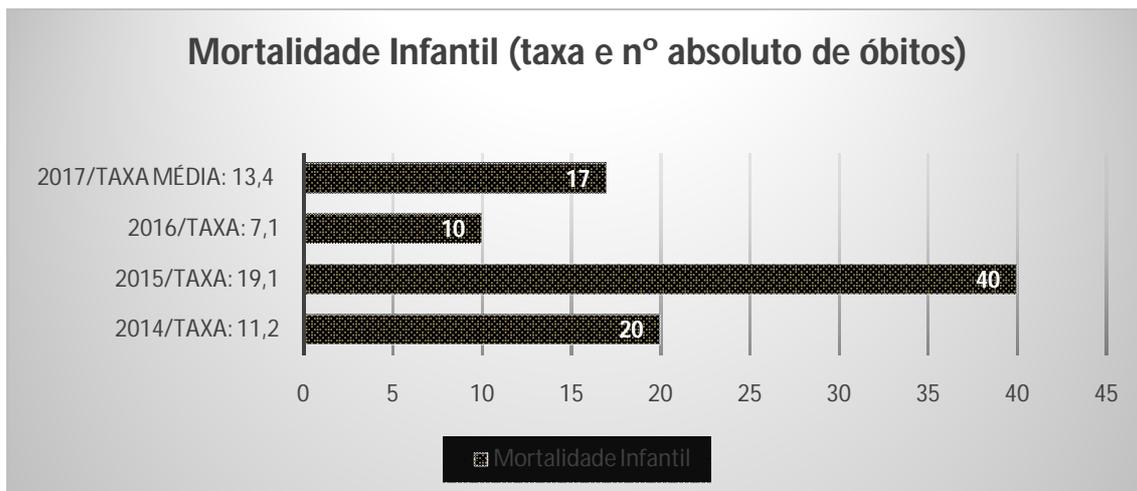
Determinou-se então a reorganização da Atenção Materno- infantil que somada aos esforços despendidos por toda equipe envolvida com esta assistência, refletiu-se em importante declínio nas taxas de mortalidade infantil, a saber pela taxa apresentada em 2016 que foi de 7,1 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Em 2017, essa taxa aumentou para 11 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, demandando estado de atenção e monitoramento constante pelo Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, à Rede de Atenção Materno-infantil no município.

Dentre as principais causas de óbitos infantis ocorridos no município no período de 2014 a 2017 estão a Prematuridade³ e Afecções⁴ originadas no período perinatal⁵, constituindo o período neonatal precoce, a principal faixa etária que caracteriza a mortalidade infantil no município.

³ Prematuridade: é considerado prematuro, ou pré-termo, o neonato com menos de 37 semanas de gestação.

⁴ Afecções: caracteriza-se por anomalias, disfunções, lesões, doenças e síndromes.

⁵ Período perinatal: O período perinatal da gravidez humana decorre entre as 22 semanas completas (154 dias; 5 meses e meio) e os 7 dias completos após o nascimento.



MORTALIDADE MATERNA

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil apresentou em 2015, 62 casos a cada 100 mil nascimentos. Em Fazenda Rio Grande, manteve-se a média de 1 óbito por ano, equivalente à média de 52 casos a cada 100 mil nascimentos no período de 2014 até 2017; considerando que não houve oscilações consideráveis na média das taxas de natalidade no município. As principais causas de mortalidade materna são hemorragia, hipertensão, doença do aparelho e trombose venosa.

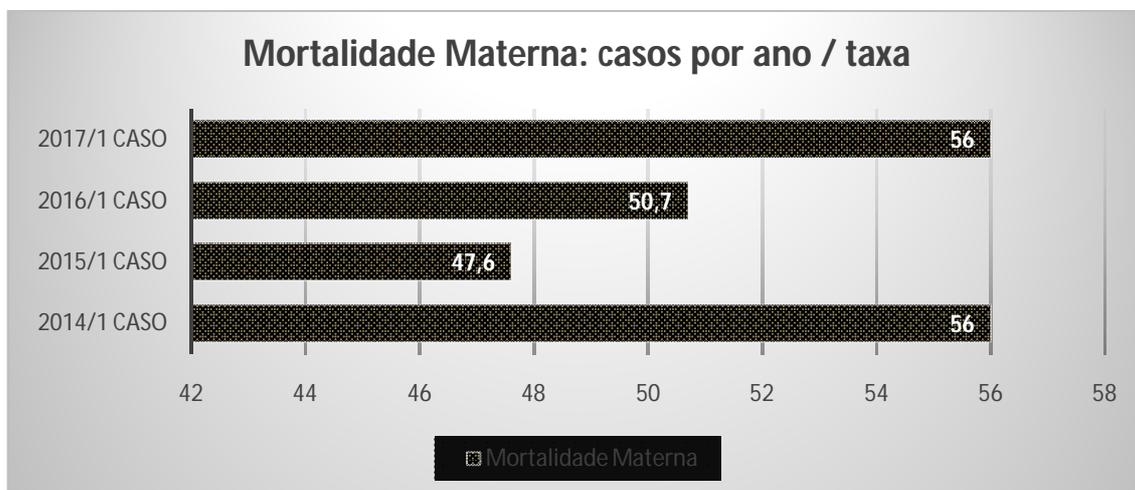
A meta estabelecida até o fim de 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da ONU, era chegar a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos. Apesar do não atendimento da meta desejável, estamos seguindo as estratégias adotadas para a redução da mortalidade materna, promovendo melhoria na Assistência à Mulher e à Criança, qualificação da informação, o fortalecimento das equipes dentro do hospital e um melhor pré-natal com o Programa Gestar que tem se fortalecido ao longo dos anos.

Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade⁶ materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento

⁶ **Morbimortalidade:** Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade, mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos.

Da mesma forma como acontece com outros termos similares, a ideia de morbimortalidade tem uma utilidade estatística, pois oferece informação relacionada às causas de morte em uma população ou grupo de pessoas. Esta informação é utilizada por profissionais interessados e apropriados para analisar o porquê da presença dessas

oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para o binômio mãe-filho.



ÓBITOS NÃO FETAIS POR CAPÍTULO CID -10 NOS ANOS DE 2014 A 2017

Em relação às causas de óbitos apresentadas nos últimos 4 anos, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelos maiores números (460) do total das mortes no município, seguido pelas causas externas (347), neoplasias (312), e doenças do aparelho respiratório (198) conforme tabela abaixo. Importante ressaltar que entre as quatro maiores causas de óbito, figuram agravos de causas evitáveis e preveníveis, quanto aos óbitos por causas externas, freqüentemente acometem uma população mais jovem, economicamente ativa e apesar do declínio, o número ainda é expressivo, uma vez que se enquadraram no parâmetro de mortes evitáveis.

Óbitos Conforme Causa (Cap CID10) em Fazenda Rio Grande	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27	23	20	12	82
II. Neoplasias (tumores)	80	94	92	46	312

doenças, sua incidência final sobre a morte das pessoas analisadas, etc. Todos estes dados são os que permitem eventualmente estabelecer parâmetros sobre a eficiência de uma doença na hora de causar a morte, assim também como todos os meios possíveis para limitar ou evitar esse tipo de resultado.

A morbimortalidade é um conceito complexo que pode ser aplicado a diferentes doenças, que não se limita a um tipo de condição de saúde. Assim, é comum escutarmos, por exemplo, a morbimortalidade da cólera em populações humildes, como também a morbimortalidade da malária em populações africanas, ou da morbimortalidade da obesidade em populações como a estadunidenses. Desta forma, nos três exemplos mencionados, a ideia de morbimortalidade tem a ver com a incidência que essas três doenças podem finalmente ter sobre a morte nessas populações (por exemplo, quando se observa que de 100 pessoas mortas, 90 tinham malária, podemos dizer que a morbimortalidade causada pela malária em um tipo de população específica é muito alta, pois é de 90 por cento).

III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	1	1	1	2	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39	23	20	7	89
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	10	4	3	31
VI. Doenças do sistema nervoso	3	10	8	6	27
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	129	123	128	80	460
X. Doenças do aparelho respiratório	42	57	66	33	198
XI. Doenças do aparelho digestivo	23	27	25	11	86
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	0	0	2
XIII. Doenças do sistema osteo muscular e tecido conjuntivo	3	8	4	0	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11	11	15	13	50
XV. Gravidez parto e puerpério	2	1	1	0	4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	28	38	24	15	105
XVII. Mal formação congênita e anomalias cromossômicas	5	9	6	5	25
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	1	5	19	17	42
XIX. Lesões por envenenamento e alguma outra consequência (causas externas)	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	110	95	98	44	347
Total	519	536	531	294	1880

TABNET (Secretaria Estadual de Saúde- Epidemiologia)

PERFIL DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. No quadro abaixo os principais agravos de pacientes atendidos no município ou fora do município, mas residentes em Fazenda Rio Grande.

Não se observa notificações referentes aos acidentes de trabalho graves ocorridos no município, uma vez que esses casos são encaminhados direto ao Hospital do Trabalhador, onde é feita a notificação, portanto, não contamos ainda, com o sistema de fluxo-retorno, ou seja, não são enviadas ao sistema municipal. Os casos de acidentes graves são encaminhados à Fazenda Rio Grande via e-mail, seguindo-se investigação e acompanhamento.

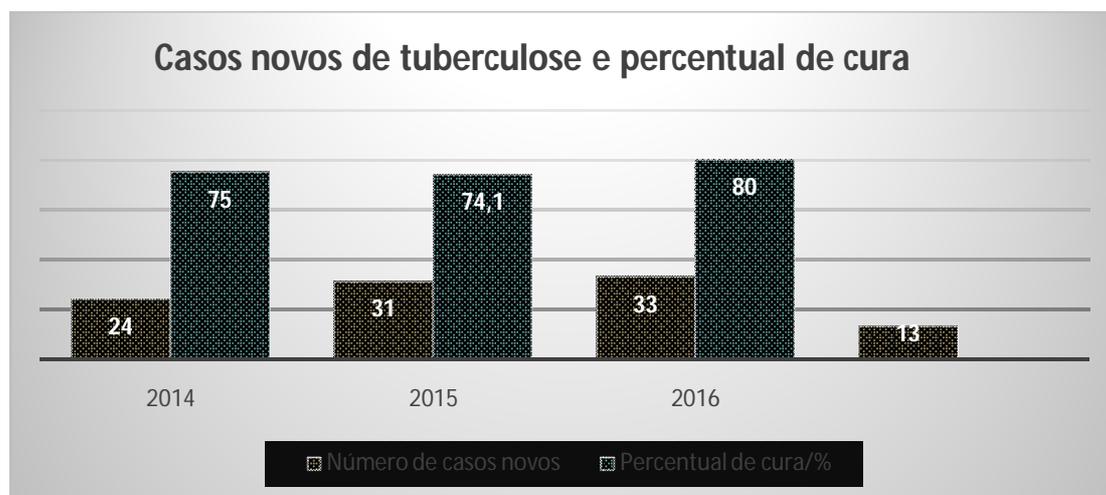
Agravos notificados	2014	2015	2016	2017
Acidente por Animais Peçonhentos	28	38	12	09
AIDS em Adulto	38	101	50	29
Atendimento Anti-Rábico Humano	352	380	410	274
Doenças exantemáticas	01	00	00	00
Dengue	06	12	66	20
Eventos Adversos Pós Vacina	13	07	08	09
Gestantes HIV	01	06	01	03
Hanseníase	03	02	05	01
Hepatites Virais	27	23	23	06
Influenza	26	24	56	48
Leptospirose	07	23	20	06
Meningite	11	17	17	12
Sífilis Congênita	05	18	14	10
Sífilis em Gestante	11	19	12	17
Toxoplasmose	13	14	10	05
Tuberculose	24	31	33	13
Varicela	64	19	21	04
Violência Doméstica/sexual e outras	95	135	149	145

Fonte: SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação- Epidemiologia)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE

Os dados divulgados no boletim epidemiológico, divulgado pelo Ministério da Saúde este ano demonstram que o Brasil conseguiu atingir as metas dos Objetivos do Milênio (ODM) de combate à tuberculose com três anos de antecedência e, aderiu ao compromisso global de redução de 95% dos óbitos e 90% do coeficiente de incidência da doença até 2035.

Em Fazenda Rio Grande, a grande dificuldade encontrada, são os casos onde ocorrem constantes mudanças de domicílio, onde em muitos deles, o município perde a governabilidade de acompanhamento. Contudo, nesses casos, procede-se o contato com a epidemiologia do possível município ou local onde o mesmo possa se encontrar (por meio de informações obtidas com a equipe de saúde ou vizinhos). Entretanto a pactuação mantêm-se de acordo às metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que constitui 85% de cura aos casos novos diagnosticados no município.



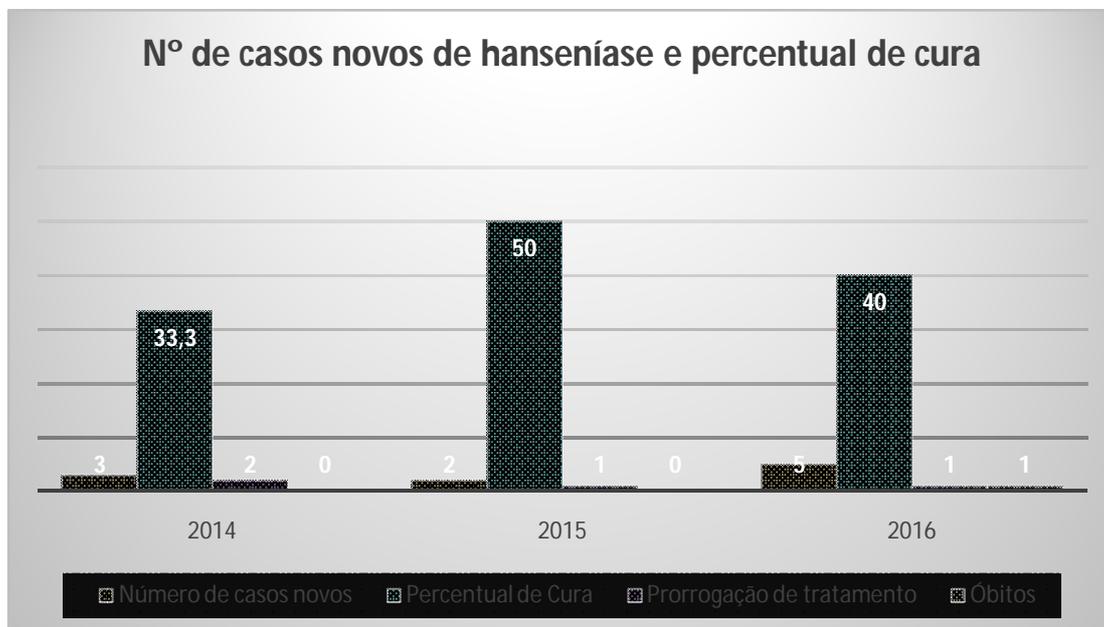
Fonte: SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação- Epidemiologia)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE

Dados atuais do Ministério da Saúde divulgam números que apontam redução de 34,1% no número de casos novos diagnosticados com hanseníase no Brasil, passando de 43.652 diagnosticados no ano de 2006, para 28.761 no ano de 2015. Tal redução corresponde assim à queda de 39,7% da taxa de detecção geral do país, que passou de 23,37/100 mil habitantes em 2006 para 14,07/100 mil habitantes em 2015. A redução é resultado das ações implantadas no país para o enfrentamento da doença, com foco na busca ativa de casos novos para o diagnóstico na fase inicial, tratamento oportuno e cura, bem como a prevenção de incapacidades e deformidades físicas, principal causa do estigma e preconceito que permeiam a doença.

Em Fazenda Rio Grande, a incidência de Hanseníase é considerada baixa, considerando que em 2014, houve 3 casos novos com 1 cura e 2 prorrogações de tratamento (os casos prorrogados por não estarem finalizados, constam-se pendentes até que seja finalizado o tratamento e encerrado o caso). Em 2015 houve 2 casos

novos com 1 cura e 1 prorrogação; e em 2016 houveram 5 casos, com 2 curas, 1 prorrogação, 1 caso em tratamento habitual e 1 óbito em um senhor de 77 anos, portador também de outras comorbidades⁷.



Fonte: SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação- Epidemiologia)

IMUNIZAÇÃO

O Calendário de vacinação brasileiro é aquele definido pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país. Atualmente é constituído por 16 vacinas recomendadas à população, desde o nascimento até a terceira idade e distribuídos gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública.

Tabela de doses aplicadas de 2015 a 2017

Doses Aplicadas	2015	2016	2017
BCG	2.172	1.803	1.194
Hepatite B	3.109	2.362	1.923
Penta	6.390	5.688	3.567
VIP	4.197	5.316	3.482

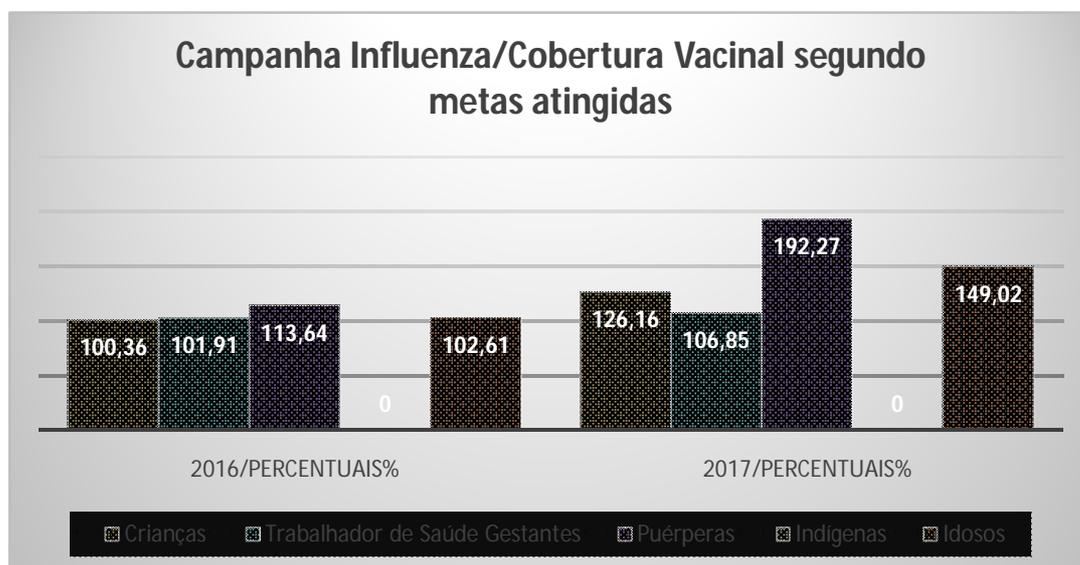
⁷ O termo **comorbidade** é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas

VOP	5.037	1.847	1.809
Rotavírus humano	4.276	3.469	2.140
Pneumocócica 10	7.923	4.791	3.306
Meningocócica C	5.885	5.665	3.994
Febre Amarela	2.018	4.432	2.995
Tríplice Viral	2.529	2.070	1.245
Tetra Viral	1.519	1.238	1.158
DTP	3.269	2.972	2.015
Hepatite A	1.946	1.182	1.238
Varicela	90	86	03
DT	3.960	3.408	2.211
dTpa	931	1.126	918
HPV	3.125	1.404	1.620

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) Vigilância Epidemiológica.

Campanha Nacional contra Influeza

Observa-se no gráfico abaixo, a ultrapassagem das metas preconizadas, demonstrando o progressivo crescimento demográfico no município, não condizentes com os índices informados pelo IBGE. (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística).



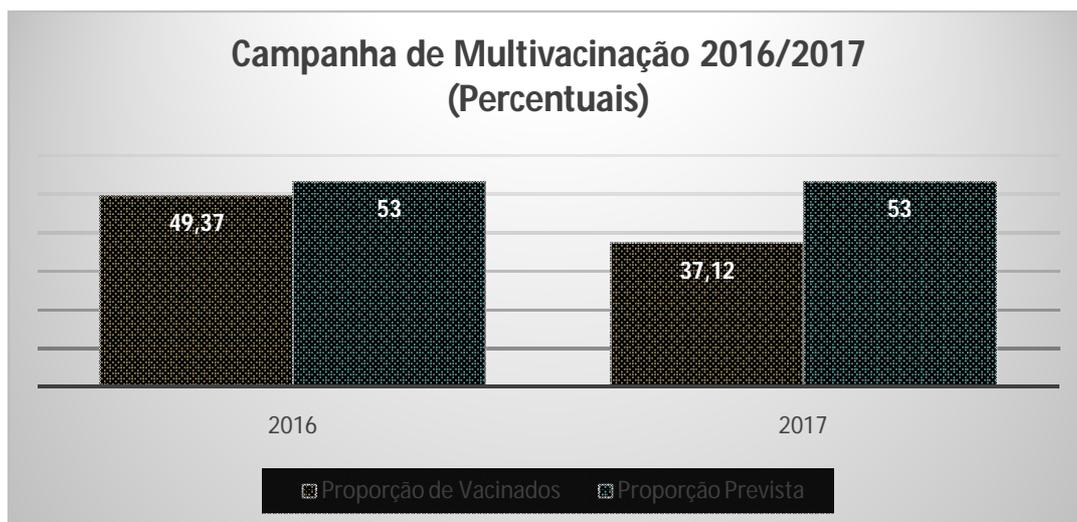
Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) Vigilância Epidemiológica.

Campanha de multivacinação 2016/2017

A Campanha de Multivacinação propõe a atualização do calendário vacinal. O público-alvo são crianças e adolescentes de zero a 14 anos, 11 meses e 29 dias. A campanha objetiva resgatar os não vacinados ou completar esquemas de vacinação,

visando atualizar a caderneta desse público, disponibilizando mais de dez tipos de vacina para o combate de diversas doenças.

No ano de 2016, foram realizadas 2.586 doses de vacinas e em 2017, 2.189 doses. Considerando que em 2016, foi maior o número de crianças e menor o número de doses por criança, enquanto que em 2017, o número de crianças vacinadas foi inferior à 2016, porém o número de doses por crianças perpassou ao nº de 2016.



Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) Vigilância Epidemiológica.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE

Apesar da quantidade considerável de casos notificados para Dengue, apenas 2 casos notificados apresentaram resultados positivos (alóctones), porém não graves.

Fazenda Rio Grande não é considerada um município endêmico (segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde), portanto sabe-se que as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* são um grande problema de saúde pública do país. No Paraná, em 2016, tivemos várias cidades atingidas e muitas delas próximas a Fazenda Rio Grande, onde não houve casos autóctones, ou seja, contraídos no município, os casos positivos notificados, foram importados de outras localidades.

Para que se possa continuar com esse índice, diariamente a equipe de Endemias do departamento de Vigilância em Saúde, realiza inspeções em residências, comércio, locais públicos e atende denúncias feitas pela população através de

pesquisa de vetor especial com o devido levantamento entomológico, porém, devido ao crescimento demográfico progressivo que vem ocorrendo no município, torna-se clara a necessidade de maiores precauções, com novas formas de abordagem de combate, informação à população quanto aos riscos e as ações realizadas pelos órgãos envolvidos.

Neste sentido, prevendo o apoio e a integração das diversas Secretarias do município com o Comitê Municipal de Mobilização Social de Prevenção e Controle da Dengue bem como com a Sala Municipal de Situação, Coordenação e Controle para o enfrentamento da Dengue, Chicungunya e do Vírus Zika, criou-se o Projeto Educar para Prevenir; que envolve a parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde, Meio Ambiente e Secretaria Municipal de Obras, que também realizam um grande serviço de combate ao mosquito *Aedes aegypti* e ao meio ambiente, que é a limpeza de terrenos públicos e baldios. Nestes últimos, quando os proprietários, depois de aplicadas as medidas legais cabíveis, não fazem a manutenção adequada, o Meio Ambiente procede a realização da mesma com posterior cobrança do serviço no Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU).

O projeto tem a intenção de estabelecer um fluxo de trabalho entre as secretarias, que se inicia com a identificação dos terrenos com focos, ou com risco de surgimento destes, pelo departamento de Endemias, que realizará um trabalho de conscientização nos terrenos vizinhos e escolas próximas, com informativos, panfletos e palestras, em seguida, após elaboração de relatório, o caso é repassado à Secretaria de Obras e Meio Ambiente, que tomarão as medidas legais cabíveis e instalando placas de conscientização, fornecidas pelo setor de Endemias, no local.

A Secretaria de Obras também fará a instalação de placas em espaços públicos, como praças e cemitério.

SISPACTO

Considerando a resolução cit n.08, de 24 de novembro de 2016, e as recomendações da 2ª Regional Metropolitana de Saúde, realizou-se a pactuação de metas do município de Fazenda Rio Grande para cumprimento em 2017:

Nº	INDICADOR	RESULTADO 2016	PACTUAÇÃO FAZENDA RIO GRANDE 2017
1	<p>1. Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p> <p>1. Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p>	150	145
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	100%	100%
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	96%	98%
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	96,44%	85%
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	100%	80%
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	50%	90%
7	Número de casos autóctones de malária	-	N/A
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	13	1
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	56%	56%
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,45	0,57
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na	0,48	0,50

	população residente de determinado local e população da mesma faixa etária		
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	48,8%	49%
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	16,82%	16%
15	Taxa de mortalidade infantil	7,1	10
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	67,35%	68%
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	59,83%	80%
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	22,45%	23%
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	100%	100%
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	100%	100%
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	N/A	N/A
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	93%	95%

2.2.3 FALE COM A SAÚDE

Para uma melhor comunicação entre o usuário SUS e os estabelecimentos de Saúde do município, segue abaixo uma listagem com os dados de contato de cada local.

Local: Secretaria de Saúde	
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430	Telefone: 3604-7450

Local: Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida	
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430	Telefone: 3627-1122

Local: UPA – Unidade de Pronto Atendimento	
Endereço: Rua Rio Tejo, 460	Telefone: 3627-2897

Local: Ouvidoria de Saúde	
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430	Telefone: 3604-6980

Local: CAPS		
Endereço: Rua Seringueira, 300		Telefone: 3604-2788
Local: US Canaã		
Endereço: Rua São Teófilo, 767		Telefone: 3627-9398
Local: US Eucaliptos		
Endereço: Rua Seringueira, 494		Telefone: 3604-6765
Local: US Gralha Azul		
Endereço: Avenida Portugal, 1866		Telefone: 3608-2381
Local: US Hortência		
Endereço: Rua Pessegueiro, 227		Telefone: 3604-3530
Local: US Iguaçu		
Endereço: Rua Rio Tejo, 1984		Telefone: 3627-1248
Local: US Nações		
Endereço: Rua Egito, 478		Telefone: 3627-4601
Local: US Pioneiros		
Endereço: Rua Rio Madeira, 333		Telefone: 3608-0450
Local: US Santa Maria		
Endereço: Avenida Curitiba, 1381		Telefone: 3604-2377
Local: US Santa Terezinha		
Endereço: Avenida Santa Mônica, 486		Telefone: 3604-6933
Local: US São Sebastião		
Endereço: Rua João Quirino Leal, 604		Telefone: 3604-7326
Local: US Vila Marli		
Endereço: Avenida Paraguai, 1738		Telefone: 3608-1713
Local: NASF		
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430		Telefone: 3627-9412
Local: Setor de Logística		
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430		Telefone: 3627-9412
Local: DASP		
Endereço: Rua Francisco Claudino dos Santos, 430		Telefone: 3627-9412

3. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O Município de Fazenda Rio Grande conta hoje com 16 estabelecimentos próprio de Saúde. Esta rede de serviços em saúde é composta por: 11 Unidades de Saúde, 1 NASF, 1 CAPS, 1 Hospital e Maternidade, 1 UPA e, 1 SAMU.

Além dos estabelecimentos próprios, o município conta com o apoio de estabelecimentos credenciados via SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Paraná nas áreas de fisioterapia e laboratórios clínicos.

Na sua estrutura, a Secretaria Municipal de Saúde possui ainda, serviços de apoio operacional, como o Setor de Regulação, que é responsável pelas marcações de consultas especializadas, estas realizadas fora do município; Setor de Logística, que é responsável pelos transportes de pacientes e; Ouvidoria da Saúde.

No ano de 2015, foi investido o montante de R\$ 40 milhões em serviços de Saúde. Deste valor, 62% foram originados de recursos municipais, 27% de recursos federais e 11% de recurso estadual.

Trata-se de uma complexa rede de serviços no contexto de uma cidade de região metropolitana, onde além de atender seus munícipes, atende munícipes de outras cidades da região, sendo que possuímos um nível de gestão básica em saúde. Isto quer dizer que por lei, o município é prestador de serviço básico em Saúde. Este serviço básico é composto apenas pelos serviços prestados na Atenção Primária, ou seja, as Unidades de Saúde e o NASF. Mas, com o intuito de oferecer um melhor atendimento a sua população, o município, através de convênios firmados com o Governo Estadual e Federal, oferece um serviço de ambulatório e maternidade, através da UPA - Unidade de Pronto Atendimento e do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida.

Em julho deste ano, foi realizado a 10^o Conferência Municipal de Saúde, na qual se levantaram desafios a serem enfrentados pela nova Gestão para o período de 2018 a 2021. Este processo ocorreu de maneira participativa entre os gestores, trabalhadores e membros das comunidades locais.

Deve ser ressaltado que o planejamento realizado pela através da 10^o Conferência Municipal de Saúde está previsto no âmbito de legalidade do SUS, condicionado a sua realização, inclusive, de repasses financeiros dos entes interfederativos.

Cabe também ao gestor implementar novas/outras ações que não estejam previstas neste Plano Municipal de Saúde, e fazer a sua inclusão no Plano Anual de Saúde.

3.1 PACTO PELA SAÚDE

O Pacto pela Saúde foi criado pela Portaria Ministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ela é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Entre as prioridades definidas estão à redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como à dengue) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras.

Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos).

3.2 PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

O Planejamento Orçamentário nada mais é do que planejar as Receitas e Despesas que serão estimados para os próximos anos. Estes valores estimados advêm de embasamentos e fatos para realizar as previsões mais exatas possíveis.

No setor público o planejamento é inicialmente realizado para um período de longo prazo (quatro anos), e depois subdivida em períodos de curto prazo (anual).

O planejamento é composto por:

- Plano Plurianual – PPA;

- Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO;
- Lei Orçamentária Anual – LOA.

Entretanto para realizar o planejamento orçamentário, é necessário conhecer as especificidades das aplicações de recurso em saúde. A Lei Complementar n.º 1418 de 12 de janeiro de 2012 estabelece informações gerais para a utilização dos recursos.

3.2.1 PLANO PLURIANUAL

O PPA é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir as diretrizes, objetivos e metas da Administração para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas ao para um período de quatro anos.

Ele é elaborado durante o primeiro ano da gestão, e tem sua validade a partir do segundo ano, até um ano após a conclusão da gestão. Atualmente estamos concluindo a PPA elaborada para o quadriênio de 2014-2017 e, estamos elaborando a PPA para o quadriênio 2018-2021, o qual tem o mesmo período de validade do Plano Municipal de Saúde.

Previsão de recursos:

TIPO/CATEGORIA ECONÔMICA	VALOR 2018 (R\$)	VALOR 2019-2021 (R\$)
DESPESAS CORRENTES	35.103.813,37	122.007.567,47
DESPESAS DE CAPITAL	1.505.630,00	2.416.890,00
TOTAL	36.609.443,37	124.424.457,47

A PPA do Município de Fazenda Rio Grande foi aprovada pela Câmara Municipal na data de 29 de setembro de 2017 através da Lei nº. 1177/2017⁹.

3.2.2 LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

A LDO é definida como instrumento que compreenderá as metas e responsabilidade da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual.

O prazo para o envio da LDO à Câmara Municipal é até 15 de agosto de cada exercício.

⁸ Lei disponibilizada em Anexo à esta obra.

⁹ Publicado no jornal "O Município – Edição Extra 1065 de 29 de setembro de 2017, p.02" – Disponível em < <http://www.fazendariogrande.pr.gov.br/diarios/arquivos/1065.pdf>>

3.2.3 LEI ORÇAMENTARIA ANUAL

A LOA é uma lei elaborada pelo Poder Executivo (Prefeito), que estabelece as despesas e as receitas que serão realizadas no próximo ano. A Constituição determina que o Orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada ano.

O prazo para o envio da LOA à Câmara Municipal é até 15 de outubro de cada exercício.

3.2.4 PRESTAÇÃO DE CONTAS EM SAÚDE

Conforme preconiza o artigo 36 da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, a prestação de contas em saúde é realizada a cada quadrimestre (janeiro/maio/setembro), com o objetivo de tornar pública todas as ofertas de produção de serviços bem como o dispêndio financeiro para executar-las.

A prestação de contas é realizada ao Conselho Municipal, e posteriormente apresentada ao público em geral em Audiência Pública realizada na Câmara Municipal.

3.3 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3.1 DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

De acordo com o decreto nº 4464/2017¹⁰ de 05 de maio de 2017, foram estabelecidos 6 eixos temáticos para o estabelecimentos das propostas visando atingir o tema central que era “Fortalecendo a Atenção Básica – Prevenir é o Melhor Remédio”.

- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância em Saúde;
- Gestão em Saúde;
- Média e Alta Complexidade;
- Atenção Básica (Saúde da Mulher e outros);
- Saúde Mental.

As discussões sobre as propostas ocorreram no dia 26 de julho de 2017, e teve a participação de trabalhadores da saúde, membros da comunidade e gestores públicos, além de propostas advindas das pré-conferências, realizadas anteriormente a esta conferência.

¹⁰ Publicado no jornal “O Município – Edição 1053 de 17 a 23 de julho de 2017, p.02” – Disponível em <<http://www.fazendariogrande.pr.gov.br/diarios/arquivos/1053.pdf>>

3.3.2 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A programação das propostas do Plano Municipal de Saúde são compromissos que serão cumpridos no decorrer de cada ano.

Para reafirmar a execução dos compromissos do plano, será criada uma Câmara Técnica com o objetivo de realizar discussões acerca ao cumprimento do mesmo.

As propostas estão divididas por eixos. Cada proposta possui explicação de como será realizada, um indicador informando como será realizada a proposta e, o prazo informando como será realizado. Todas as propostas apresentadas possuem informação de qual setor(es) estarão vinculadas na execução da proposta.

Os setores estão representados pelas siglas, os quais seguem abaixo:

- AF – Assistência Farmacêutica
- RH – Coordenação de Pessoas
- GA – Gestão Administrativa
- GE – Gestão Estratégica
- AB – Atenção Básica
- SB – Saúde Bucal
- MAC – Média e Alta Complexidade
- SM – Saúde Mental
- LO – Logística
- VS – Vigilância em Saúde

- Eixo de Assistência Farmacêutica

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Propor a contratação do auxiliar/técnico de farmácia em todas as Unidades de Saúde, aumentando o controle nas dispensações de medicações em horário integral das UBS.	Para garantir o atendimento à população nas Unidades de Dispensação de Medicamentos Básicos e aumentar o controle nas dispensações de medicações em horário integral das UBS.	Nº de contratações	3	2	2	1	AF RH
2. Estudar a viabilidade de contratação conforme a legislação vigente de Farmacêuticos para fortalecimento da Assistência Farmacêutica;	Completar do quadro de farmacêuticos do Município, conforme necessidade e exigência do CRF-PR	Estudo realizado	-	-	-	X	AF RH

3. Realizar capacitação anual para os funcionários da Divisão de Assistência Farmacêutica.	Visando a atualização e o aperfeiçoamento profissional para melhoria na prestação de serviços.	Nº de capacitações	1	1	1	1	AF RH
4. Realizar capacitação para os Farmacêuticos;	Visando a atualização e o aperfeiçoamento profissional para melhoria na prestação de serviços.	Nº de capacitações	1	1	1	1	AF RH
5. Manter o farmacêutico na Atenção Básica via NASF para promover a Atenção Farmacêutica diretamente nas UBS, com comunicação diretamente com os demais profissionais de saúde;	Para promover a Atenção Farmacêutica diretamente nas Unidades de Saúde.	Nº de profissionais no setor	1	1	1	1	AF AB
6. Implantar a Consulta Farmacêutica no município de Fazenda Rio Grande	Para promover o uso racional de medicamentos, o acompanhamento farmacoterapêutico e estabelecer protocolos de vigilância farmacológica dos medicamentos, assim como o perfil farmacoterapêutico dos pacientes.	Prazo de Ação	-	100%	-	-	AF
7. Promover o investimento quanto a melhoria da infraestrutura de mobiliários e equipamentos do bloco de Assistência Farmacêutica; IOAF.	Promover melhoria da infraestrutura, aquisição de mobiliários e equipamentos e materiais permanentes do bloco de Assistência Farmacêutica, através da articulação com as esferas estadual e federal do SUS, no sentido de adesão a incentivos, planejamento, captação e aplicação de recursos para despesas de investimentos, mediante plano de aplicação.	Prazo de Ação	-	-	-	100%	AF GE GA
8. Promover o custeio do bloco de Assistência Farmacêutica, no sentido	Articular com as esferas Estadual e Federal do SUS, no sentido de adesão a	Prazo de Ação	-	-	-	100%	AF GE GA

de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população; IOAF.	incentivos, planejamento, captação e aplicação de recursos para custeio, mediante plano de aplicação.							
9. Garantir a logística para a entrega de medicamentos e materiais médico-hospitalares nas Unidades de Saúde.	Assegurar o abastecimento e reposição semanal de medicamentos e materiais médico-hospitalares nas Unidades de Saúde.	Serviço contínuo	X	X	X	X		AF LO GA
10. Incentivar a manutenção do recurso financeiro Federal e Estadual no Consórcio Intergestores Paraná Saúde.	Manter o convênio com o Consórcio Intergestores Paraná Saúde, devido a compra ser efetuada por vários Municípios em conjunto, conseguimos melhor preço nos medicamentos, podendo adquirir mais medicamentos com o recurso disponibilizado.	Serviço contínuo	X	X	X	X		AF GA
11. Propor a ampliação de recursos para a aquisição de medicamentos junto ao Consórcio Intergestores Paraná Saúde através de inclusão da contrapartida Municipal.	Com a contrapartida Municipal, teremos um valor a mais para efetuar a compra de medicamentos e materiais médico-hospitalares no Consórcio Intergestores Paraná Saúde.	Estudo Realizado	-	-	-	X		AF GA
12. Propor melhorias na estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico, a fim de garantir a qualificação no recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos para os setores da saúde.	Reforma estrutural da CAF, visando atender a necessidade deste setor.	Prazo de Ação	25%	25%	25%	25%		AF GA
13. Adequar a comunicação entre Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, saúde mental e Vigilância em Saúde, nos solicitações de material médico-hospitalar, através de uma lista padrão de Material Médico-Hospitalar.	Assegurar à padronização dos termos e definições de cada item de material médico-hospitalar, adequando a comunicação entre Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde, nos solicitações de material médico-hospitalar.	Serviço contínuo	X	X	X	X		AF AB VS MAC SM

<p>14. Realizar revisão anual da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e informar a população e os profissionais de saúde sobre o elenco de medicamentos.</p>	<p>Revisão anual da REMUME, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica e distribuição da mesma aos estabelecimentos municipais de saúde pública.</p>	<p>Serviço contínuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>AF</p>
<p>15. Implantar Protocolos Clínicos visando a melhoria e organização nos Serviços de Saúde.</p>	<p>Implantação de Protocolos Clínicos, visando à melhoria e organização nos serviços de Saúde.</p>	<p>Estudo realizado</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>X</p>	<p>AF</p>
<p>16. Realizar atualização bianual ou conforme a necessidade, dos protocolos clínicos municipais da Assistência Farmacêutica já existentes.</p>	<p>A atualização visa corrigir e melhorar os protocolos instituídos.</p>	<p>Serviço contínuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>AF</p>
<p>17. Realizar reuniões trimestrais da Comissão de Farmácia e Terapêutica, para monitoramento e avaliação de inserção ou exclusão de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e Materiais Médico-Hospitalares.</p>	<p>Para manter lista de medicamentos atualizada e avaliar os critérios de inclusão e exclusão de medicamentos, bem como a confecção de novos protocolos de Saúde.</p>	<p>Nº de eventos</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>AF</p>
<p>18. Estudar a viabilidade de fluxograma para solicitação de itens que são enviados pelo Ministério da Saúde, junto aos setores de Atenção Básica e Vigilância em Saúde; quando da falta dos mesmos.</p>	<p>Verificar com os setores envolvidos sobre a necessidade de estabelecer uma rotina.</p>	<p>Serviço contínuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>AF AB VS</p>
<p>19. Promover estratégias sobre o Uso Racional de Medicamentos junto a população.</p>	<p>Prestando orientações nos grupos, realizando palestras visando o uso racional do medicamento, promovendo a Saúde.</p>	<p>Nº de eventos</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>AF</p>
<p>20. Promover a divulgação dos medicamentos dispensados nas farmácias conveniadas com o programa aqui tem farmácia popular-rede privada.</p>	<p>Visando a informar à população sobre os medicamentos disponibilizados pelo Governo Federal através das Farmácias Populares da rede privada.</p>	<p>Plano de ação</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>AF GA</p>

- Eixo de Vigilância em Saúde

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Estudar a viabilidade de contratação de agentes de endemias visando o fortalecimento do trabalho de prevenção de endemias prioritariamente no combate à dengue.	A contratação se fará de acordo a disponibilidade orçamentária do município nos anos de vigência deste Plano, seguindo os parâmetros da lei 12.994/2014 que institui o piso salarial profissional do Agente de Endemias e dá outras providências, considerando a jornada de trabalho de 40 horas semanais.	Nº de contratações	3	4	4	4	VS RH
2. Organizar grupos de trabalho compondo agentes de endemias e agentes comunitários de saúde para a realização do trabalho de levantamento entomológico e monitoramento in loco à possíveis focos do vetor Aedes Aegypti.	Os grupos de trabalho serão organizados à partir de planejamento específico e elaboração de cronograma que contemplará os nomes das ACS e ACE respectivas a cada grupo, dias e horários de trabalhos a serem executados.	Qtde. de grupo de trabalho	50	50	-	-	VS AB
3. Manter as campanhas de prevenção de doenças prioritárias como: tuberculose, hanseníase e dengue.	As campanhas de doenças e agravos prioritários serão realizadas por meio de ações por meio de blitz educativas, palestras, debates, fiscalização e outras ações pertinentes ao tema trabalhado.	Nº de ações	5	5	5	5	VS
4. Intensificar as ações intersetoriais envolvendo as secretarias de Saúde, Educação, Ação Social, Defesa Civil, Meio Ambiente e Administração Pública, objetivando o fortalecimento e efetividade das ações realizadas	As ações intersetoriais serão realizadas por meio de blitz educativas, palestras, debates, fiscalização, reuniões e outras dinâmicas pertinentes ao tema trabalhado.	Nº de ações	3	3	3	3	VS
5. Manter o	O monitoramento	Serviço	X	X	X	X	VS

<p>monitoramento de combate a tuberculose e hanseníase por meio da busca ativa de sintomáticos, diagnóstico precoce, adesão e manutenção do tratamento, bem como a cura dos casos.</p>	<p>se fará pelo envolvimento de todos equipamentos de Saúde disponíveis no município. Desde a busca ativa de casos pela UPA, Unidades de Atenção Primária e outros departamentos da Saúde, bem como a notificação de casos novos, adesão e acompanhamento do tratamento e campanhas de prevenção. Considerando que a Vigilância em Saúde se responsabiliza em monitorar sistematicamente no nível municipal todos os casos notificados.</p>	contínuo					
<p>6. Intensificar o trabalho de prevenção da AIDS, Hepatites, Sífilis e outras DST's com atenção especial aos grupos de risco.</p>	<p>O trabalho se fará por meio de todos os departamentos da rede de Saúde do município, à partir do estabelecimento de estratégias de enfrentamento às doenças sexualmente transmissíveis, a Vigilância em Saúde tem a responsabilidade de monitorar o acompanhamento pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde, de casos notificados e elaborar campanhas de prevenção.</p>	Serviço contínuo	X	X	X	X	VS
<p>7. Estabelecer estratégias de combate à sífilis congênita por meio de ações envolvendo o núcleo familiar no qual se insere a gestante, de modo a garantir a adesão ao tratamento e cura dos casos incidentes e a recorrência de casos.</p>	<p>O combate à sífilis congênita deverá contemplar ações de acompanhamento de rotina às gestantes do município, bem como ações específicas propostas através de discussões envolvendo a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde; à partir das dificuldades apresentadas.</p>	Serviço contínuo	X	X	X	X	VS
<p>8. Articular ações entre</p>	<p>As ações serão</p>	Nº de ações	2	2	2	2	VS

os diversos setores da administração pública na promoção da cultura da paz e prevenção da violência, com foco nas famílias de maior vulnerabilidade social.	realizadas por meio de campanhas, busca ativa de casos e acompanhamento; com notificação obrigatória a todos os casos de violência doméstica.						
9. Estudar a viabilidade de composição de equipe técnica compatível com as demandas esperadas da Vigilância em Saúde, na possibilidade de contratação de profissional médico veterinário, biólogo e técnicos de enfermagem, saneamento e vigilância ambiental.	A contratação se fará de acordo a disponibilidade orçamentária do município nos anos de vigência deste Plano.	Nº de contratações	2	2	4	4	VS RH
10. Divulgação dos trabalhos, ações de prevenção e campanhas à população através dos meios de comunicação disponíveis.	A divulgação dos trabalhos, ações e campanhas se darão através do Informativo de Vigilância em Saúde, Informes e Notas bem como pelos meios de comunicação disponíveis.	Serviço contínuo	X	X	X	X	VS
11. Fortalecer a educação em saúde no combate a doenças emergentes através de ações na rede municipal e estadual de ensino do município, conselhos de saúde, associação de moradores, instituições de iniciativa pública ou privada, organizações religiosas e afins.	A educação em saúde, nesse contexto, se fará por meio de palestras, debates, rodas de conversa e fins, com abordagens de temas pertinentes ao período	Nº de ações	2	2	2	2	VS
12. Fortalecer a saúde do trabalhador por meio de ações de educação em saúde, fiscalização em monitoramento das condições de trabalho estabelecidas tanto nos meios públicos quanto privados do município.	As fiscalizações se farão de acordo rotina de trabalho estabelecida e também em caráter extraordinário, por meio de denúncia e/ou ações de Vigilância e/ou intersetoriais.	Nº de ações	10	10	10	10	VS
13. Manter o trabalho de fiscalização e educação aos setores público/privados em temas pertinentes, divulgando a importância do cumprimento das normas sanitárias vigentes.	As fiscalizações e ações de educação sanitária se farão de acordo rotina de trabalho estabelecida e também em caráter extraordinário, por meio de denúncia e/ou ações de Vigilância e/ou intersetoriais.	Serviço contínuo	X	X	X	X	VS
14. Viabilizar capacitações e treinamentos para a educação permanente da	As capacitações referem-se a todos os componentes da equipe de	Nº de eventos	17	21	25	30	VS

equipe de vigilância em saúde, possibilitando a aplicação e disseminação das atualizações pertinentes às leis e procedimentos relacionados.	Vigilância, que deverão participar de capacitações, simpósios, congressos, conferências e outros eventos específicos de atualização dentro do seu contexto de trabalho.						
15. Promover capacitação à equipe de saúde do município na abordagem de temas relevantes e atualizações necessárias.	As capacitações ocorrerão nas salas de treinamento disponíveis na rede pública do município, envolvendo as equipes das Unidades de Atenção Primária, UPA, Hospital e afins.	Nº de eventos	2	2	2	2	VS
16. Monitorar a efetividade da assistência materno-infantil no município visando a diminuição da mortalidade infantil e materna, propondo estratégias de ações aos problemas/falhas diagnosticados nas investigações dos casos evitáveis.	O monitoramento se fará à partir das investigações de óbito ou casos <i>near miss</i> , levantamento de dados e apontamento dos problemas/falhas ocorridos; e atuação in loco ao local onde houve a falha bem como abordagem do tema à toda equipe de saúde envolvida e as demais equipes da rede de assistência materno-infantil no município.	Serviço contínuo	X	X	X	X	VS

- Eixo de Gestão em Saúde

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Isonomia da responsabilidade técnica municipal	Verificar junto as leis municipais a viabilidade de implantação, se necessário criar decreto.	Estudo Realizado	-	-	-	X	GA GE
2. Verificar o estudo da Insalubridade Piso Profissional/categoria.	Verificar o impacto financeiro junto a secretaria de administração para viabilizar a proposta.	Estudo Realizado	-	-	-	X	GA GE

3. Revisar o valor do Vale Refeição.	Encaminhar proposta para secretaria de administração para viabilidade de revisão do vale refeição para os servidores da saúde.	Plano de Ação	-	-	-	X	GA GE
4. Legalizar o banco de horas.	Criação de Lei Municipal. Encaminhar o pedido de criação de lei específica.	Plano de Ação	-	-	-	X	GA GE
5. Estudar a viabilidade da criação de um Núcleo de Educação Permanente.	Realizar cronograma trimestral para educação permanente juntamente aos blocos que compõem a secretaria municipal de saúde. com temas relacionados as divisões para todos os servidores.	Prazo de Ação	50%	50%	-	-	GA GE RH
6. Implementar a Secretaria Executiva para o Conselho de Saúde conforme Lei 985/2013.	Encaminhar a proposta de viabilidade de criação do cargo.	Plano de Ação	X	-	-	-	GA GE
7. Melhorar a infraestrutura e acessibilidade dos estabelecimentos de saúde.	Pleitear junto ao Ministério da Saúde a possibilidade de disponibilizar emendas parlamentares para contemplar a proposta.	Plano de Ação	-	-	-	X	GA GE
8. Verificar a viabilidade de construção da Unidade de Saúde Palmeiras.	Encaminhar proposta para o Ministério da Saúde a fim de buscar recursos financeiros para execução da obra.	Plano de Ação	-	-	-	X	GE
9. Verificar a viabilidade da ampliação da Unidade de Saúde: Hortência e Vila Marli.	Encaminhar proposta para o Ministério da Saúde a fim de buscar recursos financeiros para execução da obra.	Plano de Ação	-	-	-	X	GE
10. Verificar a viabilidade da implantação do Sistema E-SUS.	Encaminhar a proposta para a secretaria de administração com a justificativa para implantação.	Plano de Ação	-	-	-	X	GE GA
11. Estabelecer fluxograma para licitações/compras.	Criação pelo Bloco de Gestão Administrativa da Secretaria de Saúde de fluxograma e prazos.	Plano de Ação	X	-	-	-	GA
12. Aquisição de um novo carro por meio de emenda parlamentar, para que por meio de	Cadastrar propostas juntamente ao Fundo Nacional de	Plano de Ação	-	-	-	X	GE

rodízio possa ser disponibilizado para as Unidades Básicas de Saúde.	Saúde, através de emendas parlamentares disponibilizadas ao município.							
13. Criar a Central Municipal de Marcação de Consultas e Acolhimentos na Secretaria de Saúde.	Disponibilizar infraestrutura nas dependências da secretaria municipal de saúde.	Prazo de Ação	50%	50%	-	-	GE GA	
14. Melhorar as condições de trabalho/saúde do trabalhador.	Buscar recursos financeiros através de emendas parlamentares para disponibilizar aos servidores melhores condições de trabalho com equipamentos e infra-estruturas adequadas para o bom desempenho de suas funções laborais.	Plano de Ação	-	-	-	X	GA GE RH	
15. Estudar a viabilidade de implantação de laboratório para prótese dentária municipal.	Solicitar credenciamento de laboratório municipal de próteses dentária junto ao ministério da saúde, o qual contemplan o município com repasses financeiros para custeio.	Plano de Ação	-	-	-	X	GE AB SB	
16. Verificar a viabilidade de aumento das equipes de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal com o objetivo de cobertura de 100% da população, conforme senso do IBGE;	Considerando que a cobertura em julho de 2017 está em 21,29%. Considerando que o Método de cálculo: Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas X 3.000 X 100 / População residente. Julho de 2017: 6 x 3.000 x 100 / 84.514	Plano de Ação	-	-	-	X	GA GE AB SB	
17 .Estudar possibilidade de horário estendido de funcionamento das UBS's.	Estudar o perfil demográfico das regiões com maior demanda para implantação da proposta. bem como a disponibilidade de equipes para o terceiro turno.	Plano de Ação	-	-	-	X	GE AB RH	

- Eixo de Média e Alta Complexidade

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Acolhimento humanizado, realizar educação permanente com todos os profissionais.	Realizar treinamento com educação permanente com profissionais do município de outros convidados.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	MAC RH
2. Manter regularmente o quadro médico completo, repondo os exonerados/aposentados.	Atender a população conforme normativas do ministério da saúde e de direitos e diretrizes do usuário do SUS, substituir ou realizar concurso público conforme necessidade.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	MAC RH
3. Verificar a possibilidade de contratar empresa de segurança terceirizada e parceria com a Guarda-Municipal para garantir a segurança dos profissionais e dos usuários do Sistema Único de Saúde.	Devido ao número de atendimentos por desacato, danos ao patrimônio público, agressões verbais e físicas a todos os funcionários. Também pelo acesso de usuários, portanto arma de fogo e arma branca colocando em risco o profissional de saúde trabalhador.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC GA GE
4. Contratar empresa de higienização terceirizada para manter os ambientes limpos e saudáveis.	Pela falta de concurso público e pelo número de profissionais que aposentaram e exoneraram, nosso quadro de profissionais esta defasado, e este serviço não pode parar.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC GA RH
5. Reabertura do Centro Cirúrgico Obstétrico do HMNSA, estudar a possibilidade de ofertar além da maternidade clínica médica, cirurgia geral, pediatria e UTI Neonatal, pleiteando convênio com o governo do Estado.	Pelo aumento do número de leitos de 22 para 90, e com 4 salas de centro cirúrgico poderemos ampliar nosso atendimento com contratação de recursos humanos e parceria com governo estadual.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC GE
6. Fortalecer parcerias com o Estado e Municípios da região Metropolitana de modo a promover a melhoria da assistência ao usuário até o nível de alta complexidade.	Parcerias para atendimento e co participação na troca de profissionais e experiências realizadas e exitosas.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	MAC GE
7. Estudar a criação de	Podemos em	Plano de	-	-	-	X	MAC

ambulatório de especialidades.	parceria com profissionais atuantes no município estender as especialidades e realizar tratamento no Hospital que dará apoio pela nova estrutura., para realizar tratamento cirúrgico.	Ação					GE
8. Estudar serviços de tomografia, ecografia e radiografia com contratação de médico radiologista para laudar exames.	Podemos oferecer serviço de imagem após adquirir equipamentos e recursos humanos para melhor diagnosticar os pacientes com agravos detectados através de imagem.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC GE GA
9. Estudar a possibilidade de contratação de profissionais para formação de equipe Alfa (ambulância que contemple médico, enfermeiro e socorrista).	Conforme o aumento da população e o tempo resposta ao deslocar pacientes com risco de vida, poderemos otimizar com equipe Alfa, mas a mesma só poderá ser concluída após apoio do Comesp, para a participação dos municípios vizinhos.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC SAMU GE GA
10. Estudar a viabilidade de criação do cargo de enfermeiro obstetra e contratação dos mesmos para realização de atendimento no HMNSA na classificação de risco da gestante, no atendimento do parto normal de baixo risco sem distócia e promoção do aleitamento materno.	O custo benefício, hoje podemos contratar uma média de 4 a 5 enfermeiros com salário apenas de 1 profissional médico. O profissional enfermeiro obstetra realiza consultas, atendimento pré-natal, pré-parto, pós-parto quando este são de baixo risco. Sendo encaminhados para o centro cirúrgico apenas os casos de urgência.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC GE GA RH
11. Renovação de frota de ambulância conforme possibilidade do município.	Renovar devido o tempo de vida dos utilitários, o km rodado é alto por causa das referências de apoio que são lugares mais distantes, então necessário estar sempre renovando nossos veículos	Plano de Ação	-	-	-	X	LO GA

	para melhor atender a população e com segurança.						
12. Treinamento/atualização das equipes SAMU, HMNSA e UPA.	Atualizar os protocolos e rotinas de atendimentos e procedimentos com novas experiências exitosas e com fatos baseados em evidências.	Nº de eventos	1	1	1	1	MAC
13. Verificar a criação do Centro de Especialidade Odontologia – CEO.	Com o aumento da demanda da população de Fazenda Rio Grande, e a necessidade de um apoio por causa da redução da equipe odontológica no município e municípios vizinhos. E Que a conclusão do tratamento seja realizado dentro do próprio município, facilitando a acessibilidade do usuário.	Plano de Ação	-	-	-	X	MAC SB GE

- Eixo de Atenção Básica (Saúde da mulher e outros)

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Aumentar a cobertura da ESF.	Atualmente a ESF possui capacidade de cobertura de 57% da população e deve aumentar gradativamente até que se cumpra o disposto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. No último ano, o município teve que realizar diversos ajustes por ter atingido o limite prudencial com a folha de pagamento, sendo um destes ajustes, o impedimento de se realizarem novas contratações. No primeiro semestre de 2017, após os ajustes necessários, foi realizado concurso público	Plano de Ação	-	-	-	X	AB GE RH

	para contratação de médicos da família para compor as equipes com defasagem de profissionais e possibilidade de aumento de equipes para os próximos anos. Segundo a projeção da DAB poderão ser credenciadas oito novas Equipes de Saúde da Família, completando 26 equipes, com capacidade de cobertura de 84%, segundo a população atual.						
2. Aumentar a cobertura das Equipes de Saúde Bucal.	Atualmente a ESF possui capacidade de cobertura de 21,29% da população e deve aumentar gradativamente até que se cumpra o disposto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.	Plano de Ação	-	-	-	X	AB SB RH GE GA
3. Realizar a redivisão das áreas das unidades de saúde, adequando a população de cobertura por equipe.	Atualmente, devido à baixa cobertura da ESF e acrescido do fato de que a população cresceu em todas as áreas e que não houve reavaliação dos territórios após a última territorialização, é imperativo que se faça a análise e nova territorialização de acordo com a PNAB.	Plano de Ação	X	-	-	-	AB
4. Colocar um mapa acessível para que a população reconheça a área de cobertura de cada unidade.	Atualmente este mapa, denominado Mapa Inteligente, fica localizado na área de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, com acesso para todos os servidores lotados na Unidade de Saúde. Considerando a pertinência desta diretriz, o mapa de cada Unidade de Saúde será afixado na recepção de cada Unidade de Saúde, sendo atualizado após a nova territorialização.	Qtde. de Itens	11	-	-	-	AB GA
5. Completar as equipes de saúde existentes.	A Saúde da Família é entendida como	Plano de Ação	-	-	-	X	AB RH

	<p>uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada a mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. De acordo com a Portaria N° 2488/2011.</p>						
<p>6. Ampliação da equipe do NASF.</p>	<p>Segundo a PNAB, 01 Equipe de NASF atende de 5 a 9 Equipes de Saúde da Família, com atividades de matriciamento, educação em saúde, visitas domiciliares e atendimentos clínicos conforme a necessidade. De acordo com o número de ESF implantadas atualmente, necessitamos de mais uma Equipe de NASF. Para tal, deverá ser feito um projeto e encaminhado para o Ministério da Saúde para o devido credenciamento e recebimento dos recursos financeiros pela Equipe.</p>	Plano de Ação	-	-	X	-	AB RH
<p>7. Estudar a viabilidade, articulando-se com outros níveis de gestão para o pagamento de um incentivo financeiro para os servidores lotados na ESF, dentro de critérios que sejam</p>	<p>O trabalho na Estratégia Saúde da Família é peculiar devido às características do processo de trabalho. Para o recebimento de</p>	Plano de Ação	-	-	-	X	AB GE

estabelecidos em regulamento específico.	incentivos financeiros as equipes deverão alcançar indicadores de qualidade, dispostos em regulamento específico, tal como os indicadores do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade). Estes deverão ser estudados e dispostos em regulamento específico.						
8. Adequar os equipamentos públicos para garantir acessibilidade aos portadores de mobilidade reduzida.	Segundo disposto na legislação que regulamenta o assunto (Lei 10.098 de 19/12/2000), todos os espaços públicos devem ser adaptados para permitir o acesso a todos os usuários, contemplando também aqueles com mobilidade reduzida.	Prazo de Ação	25%	25%	25%	25%	AB GA
9. Fortalecimento da Rede de Atenção ao Idoso, com ações integradas entre Saúde, Assistência Social e outras políticas públicas.	A Rede de Atenção à Saúde do Idoso deve ser fortalecida para a garantia de direitos, da prevenção da violência doméstica, da inserção em grupos de convivência entre outras atividades que garantam a promoção da saúde para este estrato populacional e a formação e qualificação do cuidado às pessoas idosas e seus familiares.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB GE
10. Pleitear a aquisição de um transporte coletivo (ônibus) para os Idosos.	De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos, a Atenção Básica deve garantir condições para a promoção do envelhecimento saudável. Uma dessas práticas é a realização de atividades externas para o fortalecimento das ações realizadas pelos diversos equipamentos.	Nº de equipamentos	-	-	-	1	AB GE GA
11. Melhorar a segurança das Unidades de Saúde.	É responsabilidade do Município a guarda do	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB GE

	patrimônio de todas as Unidades de Saúde. Além disso, os servidores lotados nos diversos equipamentos, necessitam de apoio para sua própria segurança com ronda da GM em horários de maior fluxo no período diurno e no horário noturno e presença de guardas nos equipamentos públicos de saúde.						
12. Viabilizar uma Central Telefônica para agendamento de acolhimento nas Unidades de Saúde.	Todas as Unidades de Saúde deverão passar por reformulação do processo de acolhimento do usuário que procura atendimento por demanda espontânea, de acordo com o Protocolo de Acolhimento na Atenção Básica. Esta central agendará o acolhimento deste usuário com profissional de saúde para avaliação de acordo com a especificidade de cada caso.	Plano de Ação	-	X	-	-	AB GA
13. Realizar o acolhimento dos usuários que procurarem a unidade para as diferentes demandas e a partir do acolhimento orientar o caminho do usuário pela rede de atenção (consulta no dia, consulta agendada, consulta de enfermagem, atendimento de urgência/emergência, agendamento em programas específicos, entre outros), de acordo com Protocolos clínicos específicos.	Todas as Unidades de Saúde deverão passar por reformulação do processo de acolhimento do usuário que procura atendimento por demanda espontânea, de acordo com o Protocolo de Acolhimento na Atenção Básica e Protocolos Clínicos Específicos. Realizar treinamento para alinhamento conceitual para a realização de Acolhimento à Demanda.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB
14. Manter as atividades de promoção de saúde em grupos específicos.	Todos os grupos que já existem, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças, saúde mental, devem ser fortalecidos e ampliados para outros grupos que	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB

	ainda não estão contemplados. Este fortalecimento se fará através de apoio matricial das Equipes NASF, CAPS e outras Secretarias.							
15. Qualificar a Atenção Básica para o atendimento às urgências e emergências, com aporte de materiais e insumos necessários para este atendimento.	A Atenção Básica faz parte da Rede de Urgências e Emergências como um ponto de primeiro atendimento aos casos crônicos agudizados e outras urgências que procurarem a unidade de saúde. Nestes casos, os usuários são estabilizados até que sejam transportados para o nível secundário. O aporte de materiais e insumos também é uma exigência dos processos de avaliação da qualidade PMAQ e APSUS e todas as Unidades de Saúde devem contar com material médico-hospitalar e equipamentos para atendimento aos casos de urgência e emergência.	Plano de Ação	X	-	-	-	AB	
16. Capacitação dos profissionais da UBS para atendimento dos usuários da Saúde Mental e outras áreas quando pertinente.	PROPOSTA INCORPORADA AO Nº 18 DESTE EIXO.							
17. Estudar a possibilidade de instalação de bicicletário nas UBS.	Organizar o ambiente externo da Unidade de Saúde.	Nº de instalações.	-	-	-	11	AB GA	
18. Estudar a viabilidade do aumento das equipes de odontologia.	PROPOSTA IGUAL A Nº 2 DESTE EIXO.							
19. Implantar um Programa de Educação Permanente para todos os servidores da Saúde.	A educação deve ser um processo contínuo e permanente, permeando todas as áreas afetas à saúde, sendo uma das responsabilidades do Município a oferta de capacitações em serviço para atualização dos profissionais.	Nº de capacitações	12	12	12	12	GE GA RH AB MAC VS SM AF	
20. Realizar um estudo de viabilidade para a implantação de um Plano de Carreira para	O Programa de ACS e ACE é uma política do Governo Federal e os mesmo	Estudo realizado	-	-	-	X	AB VS RH	

os Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Endemias.	são contratados para ocupar um emprego público, com normas regidas pela CLT, por este motivo não fazem parte do PCCS do município. Nesse sentido, é prudente encomendar um estudo do setor competente para orientar esta solicitação.						
21. Garantir o acesso dos servidores da saúde para serviços de Saúde Mental.	Os servidores da saúde estão expostos a uma carga psicológica muito grande em razão da sua prática diária e, muitas vezes, esta carga se reflete no desenvolvimento de algum tipo de transtorno mental que, se não tratado, pode agravar-se, afastando definitivamente o servidor das suas atividades laborais. Existem diversos estudos que relacionam as condições de trabalho e as suas implicações para a saúde do trabalhador, fato que exige uma ação para o enfrentamento do problema.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB SM
22. Abertura de campo para residências integradas em saúde e estágios de vivência no SUS.	A abertura de campo para estágios acadêmicos, residências e de estudantes de ensino técnico é fundamental para a formação dos futuros profissionais com um olhar para o SUS, fundamentando sua prática futura de acordo com as características do processo de trabalho desenvolvido no SUS.	Plano de Ação	-	-	-	X	AB GE RH
23. Fomentar a participação da comunidade nos espaços de participação popular formalmente instituídos (Conselhos Locais e Municipal de Saúde), contribuindo para que a população se	Um dos pilares do SUS trata da participação social, tendo na Lei 8142/90 o dispositivo legal para a participação comunitária. As reuniões do	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB GE

<p>apropriada da responsabilidade sobre sua saúde.</p>	<p>Conselho Local e Municipal de Saúde devem continuar acontecendo, com ampla divulgação entre a comunidade em geral.</p>						
<p>24. Garantir o cumprimento das atribuições dos ACS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica e normativas do Ministério da Saúde, para que os mesmos realizem todas as atividades de sua competência.</p>	<p>Os Agentes Comunitários de Saúde tem um rol de atribuições definidas na PNAB e em outras normativas do Ministério da Saúde para fiel cumprimento de suas ações, porém é necessário realizar o monitoramento destas ações. Para tal monitoramento julgamos necessária a figura de um Monitor/Coordenador de Campo que se responsabilize por esta importante categoria.</p>	<p>Serviço Contínuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>AB</p>
<p>25. Promover a saúde bucal nas escolas municipais.</p>	<p>A prevenção de doenças bucais tem se apresentado como uma forma mais eficaz de promover a saúde bucal e o Município desenvolve atividades educativas em escolas e CMEIS, ações que fazem parte do Programa Saúde na Escola e uma das atribuições das Equipes de Saúde Bucal. A Escola é, por excelência, um local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde e higiene bucal por reunir escolares com faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. A importância da introdução sobre os cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar é justificada pelo fato de as crianças estarem em fase de descobertas e em processo de aprendizagem, prontas para incorporarem bons hábitos de higiene</p>	<p>Serviço Contínuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>SB</p>

	em suas rotinas.						
26. Fortalecimento do planejamento sexual e reprodutivo com a utilização de métodos contraceptivos de longa duração.	A utilização de métodos contraceptivos de longa duração tem se mostrado o meio mais eficaz para prevenir as gestações não planejadas. O município realizou diversos treinamentos para médicos e enfermeiros para a inserção do método (DIU) e temos a meta de continuar capacitando os profissionais da rede e realizando a inserção do DIU como método de primeira escolha para o planejamento reprodutivo.	Nº de capacitações	1	1	1	1	AB
27. Garantir a privacidade visual no atendimento à mulher.	Garantir a aquisição de cortinas, adesivos ou persianas para todas as janelas onde se realizam atendimento ginecológico às mulheres, garantindo a privacidade visual.	Plano de Ação	X	-	-	-	AB GA
28. Criar um centro específico para o cuidado à saúde da mulher.	O cuidado à saúde da mulher deve ser visto a partir de uma perspectiva ampliada visando à consolidação de estratégias básicas de assistência integral à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde das mulheres, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.	Plano de Ação	X	-	-	-	AB
29. Realizar mutirões para coleta de preventivos em horários que possibilitem o atendimento à mulher trabalhadora.	O Município de Fazenda Rio Grande possui aproximadamente 21.052 mulheres na faixa etária alvo do programa (25 a 64 anos) e foi estabelecida uma	Nº de eventos	2	2	2	2	AB

	<p>meta anual de 7017 coletas (1/3 da população). O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais frequente na população feminina e quando detectado nas fase iniciais tem 100% de chance de cura.</p> <p>Estatisticamente cerca de 3,6% dos exames coletados tem algum tipo de alteração positiva para câncer de colo de útero. Para atender à mulher trabalhadora, existe a necessidade de serem realizadas atividades de coleta de preventivos em horários alternativos, como sábados e horários noturnos. Estas estratégias garantem o atendimento de uma parcela da população que, caso contrário, não teria seu acesso ao exame e tratamento garantidos.</p>						
30. Realizar ações educativas na Comunidade.	<p>A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e promovendo uma modificação na sua maneira de pensar e agir. Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças. Realizar pelo menos a ação anual por unidade de saúde.</p>	Nº de eventos	11	11	11	11	AB
31. Fortalecer a Rede Intersetorial de Atenção à Mulher.	<p>As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao</p>	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB

	exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, assistência social, previdência social e educação. Realizar articulação com outros setores para criar/fortalecer a Rede Intersetorial de Atenção à Saúde da Mulher.						
32. Fortalecimento das ações para o atendimento à Saúde do Homem.	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem parte do reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada e que isso tem como conseqüência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O fortalecimento das ações para esta população específica deve	Serviço Contínuo	X	X	X	x	AB

	estar em consonância com os princípios e diretrizes dispostos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.						
33. Fortalecimento das ações em saúde do trabalhador.	PROPOSTA IGUAL AO Nº 12 DO EIXO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.						
34. Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Criança com vistas ao desenvolvimento de ações para o alcance de indicadores de saúde pactuados nos diversos programas intersetoriais do município.	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura	Serviço Contínuo	X	X	X	X	AB

	de paz; VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Para que estas ações sejam alcançadas, existe a necessidade de fortalecimento de parcerias dentro do município e em outras esferas da Rede de Atenção à Criança (Assistência Social, Educação, Trabalho, Previdência, etc) para garantir o atingimento das metas pactuadas.						
--	---	--	--	--	--	--	--

- Eixo de Saúde Mental

PROPOSTA	JUSTIFICATIVA	INDICADOR	PROGRAMAÇÃO ANUAL				SETOR RESP.
			2018	2019	2020	2021	
1. Estudar a contratação de profissional Oficineiro para o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II.	Encaminhar ao RH – Saúde, descrição do cargo e solicitação de criação do cargo, bem como verificar o impacto financeiro.	Nº de contratações	-	-	-	1	SM RH
2. Elaborar plano de ações intersetoriais no município para a atenção a criança autista.	Frente a demanda de atendimento para crianças Autistas, planejar ações em conjunto com a Secretaria de Educação, Assistência Social em forma de reuniões, podendo utilizar os encontros do Comitê Intersetorial de Saúde Mental.	Plano de Ação	X	-	-	-	SM
3. Completar quadro funcional do CAPS II.	Obrigatoriedade conforme portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 GM e cadastro no CNES, conforme disponibilidade através de concurso público.	Plano de Ação	X	X	X	X	SM RH
4. Capacitar anualmente os profissionais de saúde	Atualização no manejo e abordagem	Nº de capacitações	1	1	1	1	SM

em emergências psiquiátricas.	adequada devido a rotatividade dos profissionais. Organizar treinamento, convidando servidores contra-turno.							
5. Iniciar matriciamento em saúde mental em uma Unidade de Saúde como projeto piloto.	Aperfeiçoar o Programa de Saúde Mental da Atenção Básica, a fim de prevenir agravos, complementando as ações já realizadas, dando suporte e apoio no que for solicitado.	Prazo de Ação	50%	50%	-	-		SM
6. Verificar a possibilidade de implementação do CAPS Infantil / CAPS Álcool e Drogas em parceria com o Ministério da Saúde.	Frete à demanda Infante-Juvenil, Álcool e Drogas no município, justifica-se a implantação dos serviços. Cadastrar proposta de construção no SISMOB, conforme portaria 615/2013.	Plano de Ação	-	-	-	X		SM GE
7. Implementar os projetos: ELOS, #TAMOJUNTO e Famílias Fortes em Fazenda Rio Grande/PR.	Prevenção ao uso de Drogas de adolescentes, através do desenvolvimento de habilidades de vida, a fim de reduzir o índice de incidências do uso de drogas do município, realizando a parceria com a Educação, Assistência Social.	Plano de Ação	-	-	-	X		SM GE
8. Fortalecer o Comitê intersectorial de saúde mental com maior envolvimento dos servidores da saúde.	Sensibilizar os profissionais dos diversos níveis de complexidade de Saúde no município para a questão de Saúde Mental, realizando mensalmente reuniões e divulgação das ações realizadas.	Serviço Contínuo	X	X	X	X		SM
9. Fortalecer o quadro de funcionários da Divisão de Saúde Mental.	Para o atendimento das metas da 10ª Conferência Municipal de Saúde, faz-se necessário as criações de Seção e Setor na Divisão de Saúde Mental, responsável por: regulação, matriciamento, especialidades, atenção psicossocial.	Plano de Ação	-	-	-	X		SM RH

	Solicitar a criação de Seção e Setor na DSM.						
10. Ofertar treinamentos intersetoriais.	Atualização de fluxo de atendimento em Saúde Mental no município e sensibilização de profissionais que atendam diretamente ou indiretamente a demanda de Saúde Mental, através de treinamentos.	Nº de capacitações	1	1	1	1	SM
11. Capacitar profissionais do CAPS II em cursos como: artesanato e outros.	Atualização do manejo clínico e abordagem. Diversificar as atividades ofertadas durante o tratamento.; Solicitar o custeio de cursos para os profissionais, verificando o impacto financeiro.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	SM RH GA
12. Verificar a possibilidade de transporte para atendimento no Centro Psiquiátrico Metropolitano – CPM, mediante avaliação sócio econômica até a implementação do CAPS Infantil.	Devido a dificuldade econômica, muitas consultas são “perdidas” no C.P.M, organizar junto a logística o agendamento para garantir a acessibilidade do usuário ao tratamento.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	SM LO
13. Sensibilizar os profissionais da urgência e emergência UPA 24 horas.	Atualização no manejo clínico e abordagem adequada, devido a rotatividade dos profissionais. Sensibilização de profissionais, atendimento humanização, através de treinamentos e roda de conversa.	Nº de capacitações	1	1	1	1	SM MAC
14. Ofertar transporte para o internamento psiquiátrico nas situações que necessitem de ambulância.	Devido a gravidade dos casos e casos de internamento involuntário, disponibilizar o transporte junto a logística.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	LO
15. Desenvolver o Programa de Combate ao Tabagismo em todas as Unidades Básicas de Saúde.	Conforme portaria 571/2013 MS, preconiza-se o modelo de tratamento descentralizado a ser oferecido prioritariamente na Atenção Básica, capacitando todos	Nº de capacitações	1	1	1	1	SM AB

	os profissionais necessários p o desenvolvimento do Programa.						
16. Apoiar ações de prevenção e promoção intersectorial de saúde mental.	Participar ativamente de ações com outras secretarias: Educação, Assistência Social e Habitação, Defesa Social, Meio Ambiente, Trabalho e Renda.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	SM
17. Informatizar os serviços de saúde mental.	Integrar o serviço de Saúde Mental com outros serviços de Saúde: UPA 24H, Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, HMNSA, através de um sistema.	Prazo de Ação	50%	50%	-	-	SM GA
18. Realizar atividades externas regulares para os pacientes do CAPS II.	Diversificar as atividades ofertadas no CAPS II, ação importante dentro do Plano Terapêutica do paciente.	Serviço Contínuo	X	X	X	X	SM

4. APROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Este plano que fora inicialmente confeccionado na 10ª Conferência de Saúde foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 21 de novembro de 2017, e teve sua aprovação conforme consta no adendo 5.6 desta obra.

5. ADENDOS

5.1 ANEXO - REMUME MUNICIPAL





1) RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS DISPONIBILIZADOS (CONFORME LOCAL DE DISPENSAÇÃO)

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde¹. Os medicamentos básicos poderão ser definidos baseando-se no elenco de referência nacional (RENAME) para o tratamento dos agravos que ocorrem mais comumente no nosso País ou no âmbito de agravos e programas de saúde específicos.

¹Atenção Básica em Saúde: conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Consiste no desenvolvimento de ações e serviços de modo a solucionar as patologias mais prevalentes nas populações.

Legenda - UBS: Unidades Básicas de Saúde (Canaã, Eucalipto, Galha Azul, Hortência, Iguazu, Nações, Planeiros, Santa Maria, Santa Terezinha, São Sebastião, Vila Marli); FC: Farmácia Central.

NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG	COMPRIMIDO	UBS	-
02	ÁCIDO FÓLICO	5MG	COMPRIMIDO	UBS	-
03	ÁCIDO VALPRÓICO	250MG	CÁPSULA	FC	Portaria nº 344/98
04	ÁCIDO VALPRÓICO	500MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
05	ALBENDAZOL	40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	-
06	ALENDRONATO DE SÓDIO	70MG	COMPRIMIDO	UBS	-
07	ALOPURINOL	300MG	COMPRIMIDO	UBS	-
08	AMITRIPTILINA	25MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
09	AMOXICILINA	500MG	CÁPSULA	UBS	RDC nº 20/2011
10	AMOXICILINA	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
11	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	500MG + 125MG	COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
12	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	50MG + 12,5MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
13	ANLIDIPINO	5MG	COMPRIMIDO	UBS	-
14	ATENOLOL	50MG	COMPRIMIDO	UBS	-
15	AZITROMICINA	500MG	COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
16	AZITROMICINA	40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
17	BECLOMETASONA	250MCG/DOSE	SOLUÇÃO AEROSSOL - SPRAY	FC	-
18	BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000UI	PÓ INJETÁVEL	UBS	RDC nº 20/2011
19	BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000UI	PÓ INJETÁVEL	UBS	RDC nº 20/2011
20	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA	300.000UI + 100.000UI	PÓ INJETÁVEL	UBS	RDC nº 20/2011
21	BIPERIDENO	2MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
22	BUDESONIDA	32MCG	SPRAY NASAL	FC	-
23	BUDESONIDA	64 MCG	SPRAY NASAL	FC	-
24	CAPTAPRIL	25MG	COMPRIMIDO	UBS	-
25	CARBAMAZEPINA	20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FC	Portaria nº 344/98
26	CARBAMAZEPINA	200MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
27	CARBONATO DE LÍTRIO	300MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
28	CARVEDILOL	6,25MG	COMPRIMIDO	UBS	-
29	CARVEDILOL	12,5MG	COMPRIMIDO	UBS	-
30	CEFALEXINA	500MG	CÁPSULA/COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
31	CEFALEXINA	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
32	CIPROFLOXACINO	500MG	COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
33	CLOMIFRAMINA	25MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
34	CLONAZEPAM	2,5MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FC	Portaria nº 344/98
35	CLORETO DE SÓDIO	0,9%	SOLUÇÃO NASAL - GOTAS	UBS	-
36	CLORETO DE SÓDIO	0,9%	BOLSA SISTEMA FECHADO	UBS	-
37	CLORPROMAZINA	25MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
38	CLORPROMAZINA	100MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
39	DEXAMETASONA	1MG/G	CREME DERMATOLÓGICO	UBS	-
40	DEXAMETASONA	4MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
41	DIAZEPAM	5MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
42	DICLOFENACO SÓDICO	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
43	DIGOXINA	0,25MG	COMPRIMIDO	UBS	-
44	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
45	ENALAPRIL	10MG	COMPRIMIDO	UBS	-
46	ESCOPOLAMINA, Butilbrometo	10MG	COMPRIMIDO	UBS	-
47	ESCOPOLAMINA, Butilbrometo	20MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
48	ESCOPOLAMINA, Butilbrometo + DIPIRONA	20MG + 500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
49	ESPIRONOLACTONA	25MG	COMPRIMIDO	UBS	-
50	FENITOÍNA SÓDICA	100MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
51	FENOBARBITAL	100MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
52	FENOBARBITAL	40MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FC	Portaria nº 344/98
53	FENOTEROL	5MG/ML	SOLUÇÃO INALATÓRIA	UBS	Uso Interno na UBS
54	FLUCONAZOL	150MG	CÁPSULA	UBS	-
55	FLUOXETINA	20MG	CÁPSULA	FC	Portaria nº 344/98
56	FUROSEMIDA	40MG	COMPRIMIDO	UBS	-
57	GLIBENCLAMIDA	5MG	COMPRIMIDO	UBS	-
58	GLICOSE	5%	BOLSA SISTEMA FECHADO	UBS	-
59	GUACO (<i>Mickania glomerata</i> Spreng.)	-	XAROPE/SOLUÇÃO ORAL	UBS	-
60	HALOPERIDOL	1MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
61	HALOPERIDOL	5MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
62	HALOPERIDOL	2MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	FC	Portaria nº 344/98
63	HALOPERIDOL, Decanoato	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	FC	Portaria nº 344/98



RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
REMUME 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
64	HIDROCLOROTIAZIDA	25MG	COMPRIMIDO	UBS	-
65	IBUPROFENO	600MG	COMPRIMIDO	UBS	-
66	INSULINA NPH	100MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (SC)	UBS	-
67	INSULINA REGULAR	100MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL(SC)	UBS	-
68	IPRATRÓPIO, Brometo	0,25MG/ML	SOLUÇÃO INALATÓRIA	UBS	Uso Interno na UBS
69	LEVODOPA + BENSERAZIDA	100MG + 25MG	COMPRIMIDO DISPERSÍVEL	FC	-
70	LEVODOPA + BENSERAZIDA HBS	100MG + 25MG	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	FC	-
71	LEVODOPA + BENSERAZIDA BD	100MG + 25MG	COMPRIMIDO	FC	-
72	LEVODOPA + BENSERAZIDA	200MG + 50MG	COMPRIMIDO	FC	-
73	LEVODOPA + CARBIDOPA	250MG + 25MG	COMPRIMIDO	FC	-
74	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL	0,15MG + 0,03MG	COMPRIMIDO	UBS	-
75	LEVOTIROXINA SÓDICA	25MCG	COMPRIMIDO	UBS	-
76	LEVOTIROXINA SÓDICA	50MCG	COMPRIMIDO	UBS	-
77	LEVOTIROXINA SÓDICA	100MCG	COMPRIMIDO	UBS	-
78	LIDOCAÍNA, Cloridrato	20MG/G	GEL TÓPICO	UBS	Uso Interno na UBS
79	LORATADINA	10MG	COMPRIMIDO	UBS	-
80	LORATADINA	1MG/ML	XAROPE	UBS	-
81	LOSARTANA POTÁSSICA	50MG	COMPRIMIDO	UBS	-
82	MEDROXIPROGESTERONA, Acetato	150MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	UBS	-
83	METFORMINA	850MG	COMPRIMIDO	UBS	-
84	METILDOPA	250MG	COMPRIMIDO	UBS	-
85	METOCLOPRAMIDA	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Aplicação na UBS
86	METOCLOPRAMIDA	10MG	COMPRIMIDO	UBS	-
87	METRONIDAZOL	250MG	COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
88	METRONIDAZOL	100MG/G	GELIA VAGINAL	UBS	RDC nº 20/2011
89	METRONIDAZOL	40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
90	MICONAZOL	20MG/G	CREME VAGINAL	UBS	-
91	NEOMICINA + BACITRACINA	5MG + 250UI	POMADA	UBS	-
92	NISTATINA	100.000UI/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	-
93	NITROFURANTOÍNA	100MG	CÁPSULA	UBS	RDC nº 20/2011
94	NORETISTERONA	0,35MG	COMPRIMIDO	UBS	-
95	NORETISTERONA, Enantato + ESTRADIOL, Valerato	50MG + 5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	-
96	NORTRIPTILINA	75MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
97	NORTRIPTILINA	75MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
98	ÓLEO MINERAL	100%	ÓLEO	UBS	-



RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

REMUME 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
99	OMEPRAZOL	20MG	CÁPSULA	UBS	-
100	PARACETAMOL	200MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	UBS	-
101	PARACETAMOL	500MG	COMPRIMIDO	UBS	-
102	PERMETRINA	50MG/ML	LOÇÃO	UBS	-
103	PREDNISOLONA	3MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UBS	-
104	PREDNISONA	5MG	COMPRIMIDO	UBS	-
105	PREDNISONA	20MG	COMPRIMIDO	UBS	-
106	RANITIDINA	150MG	COMPRIMIDO	UBS	-
107	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL	-	PÓ - SACHÊ	UBS	-
108	SALBUTAMOL	100MCG/DOSE	AEROSOL ORAL	FC	-
109	SINVASTATINA	20MG	COMPRIMIDO	UBS	-
110	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400MG + 80MG	COMPRIMIDO	UBS	RDC nº 20/2011
111	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	40MG + 80MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS	RDC nº 20/2011
112	SULFATO FERROSO	40MG	COMPRIMIDO	UBS	-
113	SULFATO FERROSO	25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	UBS	-
114	TIMOLOL	5MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	UBS	-
115	TRAMADOL	50MG	COMPRIMIDO	FC	Portaria nº 344/98
116	VALPROATO DE SÓDIO	50MG/ML	XAROPE	FC	Portaria nº 344/98
117	VITAMINA A + D	50.000UI + 10.000UI/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	UBS	-





2) RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PARA USO HOSPITALAR (SOMENTE USO INTERNO)

Os medicamentos relacionados abaixo são de uso restrito para atendimento de pacientes assistidos pelos serviços de saúde prestados no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida e na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Legenda - HMNSA: Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida; UPA: Unidade de Pronto Atendimento 24h.

NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01	ACETILCISTEÍNA	100MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
02	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG	COMPRIMIDO	HMNSA/UPA	-
03	ÁCIDO ASCÓRBICO	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
04	ADENOSINA	3MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
05	ADRENALINA	1MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
06	AMICACINA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	RDC nº 20/2011
07	AMINOFILINA	24MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
08	AMIODARONA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
09	AMOXICILINA	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
10	AMPICILINA	500G	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA	RDC nº 20/2011
11	AMPICILINA	1G	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
12	ANLIDIPINO	5MG	COMPRIMIDO	UPA	-
13	ATRACÚRIO	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
14	ATROPINA	0,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
15	AZITROMICINA	500MG	COMPRIMIDO	UPA	RDC nº 20/2011
16	BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000UI	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
17	BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000UI	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
18	BENZILPENICILINA POTÁSSICA (CRISTALINA)	5.000.000UI	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
19	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + POTÁSSICA	300.000UI + 100.000UI	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
20	BETAMETASONA, Acetato + BETAMETASONA, Fosfato dissódico	3MG + 3,945MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
21	BICARBONATO DE SÓDIO	8,4%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
22	BIPERIDENO	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	Portaria nº 344/98
23	BROMOPRIDA	4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA	-
24	BUPIVACAÍNA + GLICOSE	5MG + 80MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
25	CABERGOLINA	0,5MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
26	CAPTOPRIL	25MG	COMPRIMIDO	HMNSA/UPA	-
27	CARVÃO ATIVADO	-	PÓ - SACHÊ	UPA	-
28	CEFALEXINA	500MG	CÁPSULA /COMPRIMIDO	HMNSA	RDC nº 20/2011
29	CEFALEXINA	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
30	CEFALOTINA	1G	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA	RDC nº 20/2011



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
31	CEFAZOLINA	1G	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
32	CEFTRIAXONA	1G	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
33	CETOPROFENO	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (IM)	HMNSA/UPA	-
34	CETOPROFENO	100MG	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL (EV)	HMNSA	-
35	CIANOCOBALAMINA + PIRIDOXINA + TIAMINA	500MG + 100MG + 100MG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
36	CIPROFLOXACINO	2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL - BOLSA	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
37	CLORETO DE POTÁSSIO	19,1%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
38	CLORETO DE SÓDIO	0,9%	BOLSA SISTEMA FECHADO	HMNSA/UPA	-
39	CLORETO DE SÓDIO	20%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
40	CLORPROMAZINA	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	Portaria nº 344/98
41	DESLANOSÍDEO	0,2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
42	DEXAMETASONA	1MG/G	CREME DERMATOLÓGICO	HMNSA	-
43	DEXAMETASONA	4MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
44	DEXCLORFENIRAMINA	0,4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	HMNSA	-
45	DIAZEPAM	5MG	COMPRIMIDO	UPA	Portaria nº 344/98
46	DIAZEPAM	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
47	DICLOFENACO POTÁSSICO	50MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
48	DICLOFENACO SÓDICO	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
49	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA	50MG + 50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (IM)	HMNSA/UPA	-
50	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
51	DIPIRONA	500MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
52	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA/UPA	-
53	DOBUTAMINA	12,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
54	DOPAMINA	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
55	DROPROPISINA	3MG/ML	XAROPE	HMNSA	-
56	EFEDRINA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
57	ESCOPOLAMINA	10MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
58	ESCOPOLAMINA	20MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
59	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	20MG + 500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
60	ETILEFRINA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
61	FENITOÍNA SÓDICA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
62	FENOBARBITAL	100MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
63	FENOTEROL	5MG/ML	SOLUÇÃO INALATÓRIA	HMNSA/UPA	-
64	FENTANILA	0,05MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	Portaria nº 344/98
65	FENTANILA + DROPERIDOL	0,0785MG + 2,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	Portaria nº 344/98
66	FITOMENADIONA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-



RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
REMUME 2017



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
67	FLUMAZENIL	0,1MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
68	FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO	60MG + 160MG/ML	SOLUÇÃO RETAL (ENEMA)	HMNSA/UPA	-
69	FUROSEMIDA	40MG	COMPRIMIDO	UPA	-
70	FUROSEMIDA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
71	GENTAMICINA	5MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	HMNSA	RDC nº 20/2011
72	GENTAMICINA	20MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	RDC nº 20/2011
73	GENTAMICINA	40MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
74	GLICOSE	5%	BOLSA SISTEMA FECHADO	HMNSA/UPA	-
75	GLICOSE	50%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
76	GLUCONATO DE CÁLCIO	10%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
77	GUACO (<i>Mickania glomerata</i> Spreng.)	-	XAROPE/SOLUÇÃO ORAL	HMNSA	-
78	HALOPERIDOL	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	Portaria nº 344/98
79	HALOPERIDOL, Decanoato	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	Portaria nº 344/98
80	HEPARINA SÓDICA	5000UI/0,25ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (SC)	HMNSA/UPA	-
81	HEPARINA SÓDICA	5000UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (EV)	UPA	-
82	HIDRALAZINA	20MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
83	HIDROCORTISONA	100MG	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
84	HIDROCORTISONA	500MG	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
85	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	60MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	HMNSA	-
86	IBUPROFENO	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL - GOTAS	HMNSA/UPA	-
87	INSULINA NPH	100MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (SC)	HMNSA/UPA	-
88	INSULINA REGULAR	100MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL(SC)	HMNSA/UPA	-
89	IPRATRÓPIO, Brometo	0,25MG/ML	SOLUÇÃO INALATÓRIA	HMNSA/UPA	-
90	ISOFLURANO	-	SOLUÇÃO INALATÓRIA	HMNSA	Portaria nº 344/98
91	ISOSSORBIDA, Dinitrato	5MG	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	HMNSA/UPA	-
92	LEVOMEPROMAZINA	40MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
93	LIDOCAÍNA, Cloridrato	20MG/G	GEL TÓPICO	HMNSA/UPA	-
94	LIDOCAÍNA, Cloridrato (SEM Vasoconstritor)	2%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
95	LORATADINA	1MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UPA	-
96	METILDOPA	250MG	COMPRIMIDO	HMNSA/UPA	-
97	METILERGOMETRINA	0,2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
98	METOCLOPRAMIDA	4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	UPA	-
99	METOCLOPRAMIDA	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
100	METRONIDAZOL	250MG	COMPRIMIDO	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
101	METRONIDAZOL	100MG/G	GELEIA VAGINAL	HMNSA	RDC nº 20/2011





NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
102	METRONIDAZOL	5MG/ML	SOL. INJETÁVEL - BOLSA	HMNSA/UPA	RDC nº 20/2011
103	MIDAZOLAM	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
104	MISOPROSTOL	25MCG	COMPRIMIDO	HMNSA	Portaria nº 344/98
105	MISOPROSTOL	200MCG	COMPRIMIDO	HMNSA	Portaria nº 344/98
106	MORFINA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
107	NALOXONA	0,4MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
108	NEOMICINA + BACITRACINA	5MG + 250UI	POMADA	HMNSA/UPA	-
109	NEOSTIGMINA	0,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
110	NIFEDIPINO	20MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
111	NIMESULIDA	100MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
112	NISTATINA	100.000UI/4G	CREME VAGINAL	HMNSA	-
113	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
114	NOREPINEFRINA	8MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	-
115	ÓLEO DE GIRASSOL	-	LOÇÃO OLEOSA	HMNSA/UPA	-
116	OXACILINA	500MG	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA	-
117	ÓXIDO DE ZINCO	25%	PASTA	HMNSA	-
118	OXITOCINA	5UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
119	PARACETAMOL	200MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA/UPA	-
120	PARACETAMOL	500MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
121	PETIDINA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
122	PREDNISOLONA	3MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	HMNSA/UPA	-
123	PREDNISONA	20MG	COMPRIMIDO	UPA	-
124	PROMETAZINA	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
125	PROPOFOL	10MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
126	RANITIDINA	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
127	RANITIDINA	15MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	HMNSA	-
128	RETINOL + CLORANFENICOL + METIONINA + AMINOÁCIDOS	5000UI + 900UI + 150MG	POMADA OFTÁLMICA	UPA	-
129	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL	-	PÓ - SACHÊ	HMNSA	-
130	SIMETICONA	40MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
131	SIMETICONA	75MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA/UPA	-
132	SOLUÇÃO RINGER + LACTATO (Lactato de sódio + Cloreto de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de cálcio)	3 MG/ML + 6MG/ML + 0,3MG/ML + 0,2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL – BOLSA SISTEMA FECHADO	HMNSA/UPA	-
133	SULFADIAZINA DE PRATA	10MG/G	CRFMF DERMATOLÓGICO	HMNSA/UPA	-
134	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400MG + 80MG/5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	RDC nº 20/2011
135	SULFATO FERROSO	40MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
136	SULFATO FERROSO	25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	HMNSA	-



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
137	SULFATO DE MAGNÉSIO	50%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
138	SUXAMETÔNIO	500MG	PÓ PARA SOL. INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
139	TERBUTALINA	0,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
140	TETRACAÍNA + FENILEFRINA	1% + 0,1%	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	UPA	-
141	TRAMADOL	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
142	VITELINATO DE PRATA	10%	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	HMNSA	-





3) RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONSTANTES NAS MALETAS/CARRINHOS DE EMERGÊNCIA

As maletas/carrinhos de emergência disponíveis nos setores da saúde possuem medicamentos (além de materiais médico-hospitalares) padronizados para os cuidados imediatos que devem ser prestados rapidamente em situações de urgência e emergência, visando a estabilização da vítima e evitar o agravamento de suas condições.

Legenda - UBS: Unidades Básicas de Saúdes (Canaã, Eucaliptos, Gralha Azul, Hortência, Iguacu, Nações, Pioneiros, Santa Maria, Santa Terezinha, São Sebastião, Vila Marli); **HMNSA:** Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida; **UPA:** Unidade de Pronto Atendimento 24h.

NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DISPONÍVEL	OBSERVAÇÕES
01	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG	COMPRIMIDO	UBS/HMNSA/UPA	-
02	ADENOSINA	3MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
03	ADRENALINA	1MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
04	AMINOFILINA	24MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
05	AMIODARONA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
06	ANLÓDIPINO	5MG	COMPRIMIDO	UPA	-
07	ATROPINA	0,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
08	BICARBONATO DE SÓDIO	8,4%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
09	CAPTÓPRIL	25MG	COMPRIMIDO	UBS/HMNSA/UPA	-
10	CLORETO DE SÓDIO	0,9%	BOLSA SISTEMA FECHADO/FLACONETE	UBS/HMNSA/UPA	-
12	DESLANOSÍDEO	0,2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
13	DIAZEPAM	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
14	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
15	DOBUTAMINA	12,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
16	DOPAMINA	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
17	ETILEFRINA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
18	FENITOÍNA SÓDICA	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
19	FUROSEMIDA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
20	GLICOSE	5%	BOLSA SISTEMA FECHADO	UBS	-
21	GLICOSE	50%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
22	GLUCONATO DE CÁLCIO	10%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
23	HALOPERIDOL	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	Portaria nº 344/98
24	HEPARINA SÓDICA	5000UI/0,25ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL (SC)	HMNSA/UPA	-
25	HIDROCORTISONA	100MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
26	HIDROCORTISONA	500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-
27	ISOSSORBIDA, Dinitrato	5MG	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	HMNSA/UPA	-
28	METILERGOMETRINA	0,2MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA	-
29	MIDAZOLAM	15MG/3ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	Portaria nº 344/98
30	MORFINA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UPA	Portaria nº 344/98
31	NIFEDIPINO	20MG	COMPRIMIDO	HMNSA	-
32	NOREPINEFRINA	8MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
33	PROMETAZINA	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS/HMNSA/UPA	-



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA



NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DISPONÍVEL	OBSERVAÇÕES
34	SULFATO DE MAGNÉSIO	50%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-
35	TERBUTALINA	0,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA/UPA	-





4) RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (FORNECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DISPENSADOS NO MUNICÍPIO)

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Para prescrição e dispensação destes medicamentos, deverão ser observados os protocolos preestabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Legenda - EPIDEMIO: Vigilância Epidemiológica; FC: Farmácia Central; HMNSA: Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida.

NÚMERO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01	ÁCIDO FOLÍNICO	15MG	COMPRIMIDO	FC	TOXOPLASMOSE
02	BUPROPIONA	150MG	COMPRIMIDO	FC	TABAGISMO
03	ESPIRAMICINA	500MG	COMPRIMIDO	FC	TOXOPLASMOSE
04	IMUNOGLOBULINA ANTI-Rh	300MCG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA (Uso Interno)	IMUNIZAÇÃO
05	ISONIAZIDA	100MG	CÁPSULA	EPIDEMIO	TUBERCULOSE
06	MDT MB (Rifampicina + Dapsona + Clofazimina)	ADULTO (300MG + 100MG + 100 e 50MG)	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	HANSEÍASE
07	MDT PB (Rifampicina + Dapsona)	ADULTO (300MG + 100MG)	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	HANSEÍASE
08	MDT MB (Rifampicina + Clofazimina + Dapsona)	PEDIÁTRICO (150 e 300MG + 50MG + 50MG)	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	HANSEÍASE
09	MDT PB (Rifampicina + Dapsona)	INFANTIL (150 e 300MG + 50MG)	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	HANSEÍASE
10	NEVIRAPINA	10MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	HMNSA (Uso Interno)	AIDS
11	NICOTINA	7MG	ADESIVO TRANSDÉRMICO	FC	TABAGISMO
12	NICOTINA	14MG	ADESIVO TRANSDÉRMICO	FC	TABAGISMO
13	NICOTINA	21MG	ADESIVO TRANSDÉRMICO	FC	TABAGISMO
14	OSELTAMIVIR, Fosfato	30MG	CÁPSULA	FC	INFLUENZA
15	OSELTAMIVIR, Fosfato	45MG	CÁPSULA	FC	INFLUENZA
16	OSELTAMIVIR, Fosfato	75MG	CÁPSULA	FC	INFLUENZA
17	PIRAZINAMIDA	30MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	EPIDEMIO	TUBERCULOSE
18	PIRIMETAMINA	25MG	COMPRIMIDO	FC	TOXOPLASMOSE
19	RIFAMPICINA	20MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	EPIDEMIO	TUBERCULOSE/HANSEÍASE
20	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	150MG + 75MG	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	TUBERCULOSE
21	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL	150MG + 75MG + 400MG + 275MG	COMPRIMIDO	EPIDEMIO	TUBERCULOSE
22	SULFADIAZINA	500MG	COMPRIMIDO	FC	TOXOPLASMOSE
23	TALIDOMIDA	100MG	COMPRIMIDO	FC	HANSEÍASE/LUPUS
24	ZIDOVUDINA	10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	HMNSA (Uso Interno)	AIDS
25	ZIDOVUDINA	10MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	HMNSA (Uso Interno)	AIDS





5) RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELA SAÚDE BUCAL (USO EXCLUSIVO EM PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS)

Os medicamentos relacionados abaixo são utilizados exclusivamente nos procedimentos odontológicos realizados via SUS no município, não estando, portanto, disponíveis para dispensação ao público.

NÚMERO	DESCRIPTIVO	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01	BENZOCAÍNA	20%	GEL	-
02	LIDOCAÍNA, Cloridrato (SEM Vasoconstritor)	2%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	-
03	LIDOCAÍNA + ADRENALINA	20MG + 10MCG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	-
04	MEPIVACAÍNA + ADRENALINA	20MG + 10MCG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	-
05	POLIMIXINA B + NEOMICINA + HIDROCORTISONA	10.000UI + 5MG + 10MG	SOLUÇÃO OTOLÓGICA	RDC nº 20/2011
06	PRILOCAÍNA + FELIPRESSINA	30MG + 0,03UI	SOLUÇÃO INJETÁVEL	-
07	SEVOFLURANO	-	SOLUÇÃO INALATÓRIA	Portaria nº 344/98





LISTA DE ABREVIATURAS

UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
FC: FARMÁCIA CENTRAL
HMNSA: HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA
UPA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS
EPIDEMIO: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
MG: MILIGRAMAS
MCG: MICROGRAMAS
ML: MILILITROS
UI: UNIDADE INTERNACIONAL
%: POR CENTO
RDC: RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (ANVISA)

LEGISLAÇÃO

RDC nº 20, de 5 de Maio de 2011 (ANVISA): *Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.*

Portaria nº 344/98 (ANVISA): *Requerimento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.*

REFERÊNCIAS:

1. LIMA, GS. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/511.pdf>. Acesso em 09 de maio de 2017.
2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/daf/cesaf>. Acesso em 11 de maio de 2017.
3. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 9ª Edição. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/Julho/30/Rename-2014-v2.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2017.



5.2 ANEXO - PDVISA PLANO DE AÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA
SANITARIA
AMBIENTAL
E SAUDE DO TRABALHADOR**

FAZENDA RIO GRANDE

Exercício de 2017

Plano elaborado por:
Edson José de Oliveira Filho
Juliano Mota Volinger
Nelceli Bento Garcia

MARCIO CLAUDIO WOSNIACK

Prefeito Municipal

REJOMAR ANDRADE

Secretário Municipal de Saúde

NELCELI BENTO GARCIA

Coordenadora da Vigilância em Saúde

EDSON JOSÉ DE OLIVEIRA FILHO

Coordenador de Vigilância Sanitária e Ambiental

JULIANO MOTA VOLINGER

Coordenador Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. ANÁLISE SITUACIONAL.....	04
3. ANÁLISE FINANCEIRA.....	06
3.1 RECURSOS DA UNIÃO E ESTADO.....	06
3.1.1 UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DA UNIÃO E ESTADO.....	06
3.2 RECURSOS MUNICIPAIS.....	07
4. META DE AÇÕES DA VISA.....	08
4.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	08
4.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	12
4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	15
5. METAS DE ESTRUTURAÇÃO.....	16
5.1 ESTRUTURA LEGAL.....	16
5.2 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E OPERACIONAL.....	17
5.3 GESTÃO DE PESSOAS.....	17
5.4 FORTALECIMENTO DA GESTÃO.....	18
5.5 RECURSOS FINANCEIROS.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
7. QUADRO DE COLABORADORES.....	19
8. BIBLIOGRAFIA.....	20

1. INTRODUÇÃO

O Plano de Ação em Vigilância Sanitária - PDVISA, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, é uma ferramenta de planejamento, onde são apontadas as ações que devem ser realizadas pelas Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador do município - VISA, durante o exercício.

O PDVISA deve ser elaborado pela equipe da VISA, onde as metas anuais devem ser planejadas, analisadas e fiscalizadas, isto, levando em conta a realidade encontrada no município.

A VISA tem como objetivo principal a prevenção de riscos relacionados a saúde da população, ambiental e do trabalhador, e suas ações se dão através de atividades em vários níveis e organização, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de realizações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais à ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde. A VISA deve ser vista também como prática avaliativa, valendo-se de estratégias de monitoramento para identificação, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população e dos resultados de sua própria ação.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

O município de Fazenda Rio Grande possui, segundo estimativas do IBGE-2016, 93.730 habitantes e é uma cidade em franco crescimento demográfico. Localizado na região metropolitana de Curitiba, possui 116.678km² e a rodovia BR 116 divide a cidade.

Pela facilidade de acesso, nos últimos ano houve grande crescimento industrial, empresas internacionais estão instalando-se no município, tendo como principal ramo de atividade a fabricação de peças e acessórios para veículos, outro ramo em crescimento no município é o de reciclagem.

Na saúde contamos, na área privada, com clínicas de fisioterapia, policlínicas, consultórios odontológicos, farmácias e laboratórios de análises clínicas, na área pública há uma maternidade, uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, CAPS e onze unidades básicas de saúde.

Outros ramos de atividade de interesse da VISA também ganharam força no último ano, devido a crise financeira muitas pessoas que estão desempregadas apostaram na abertura do próprio negócio, sendo a principal escolha o setor de alimentação. Esse fator

refletiu em um aumento de aproximadamente 30% no número de vistorias para aquisição de alvará sanitário.

O alimento, de qualquer natureza, é um dos focos principais da VISA, no município não há abatedouros, frigoríficos ou indústrias de laticínio, são as lanchonetes, bares, mercados e, agora, as pequenas fábricas de pães e salgados.

Na área ambiental, contamos com uma estação de tratamento de esgoto e uma unidade de tratamento de água, ambas gerenciadas pela SANEPAR.

Para a fiscalização dos riscos que todos estes serviços podem trazer a saúde existe a VISA municipal, que está regulamentada pela Lei Municipal nº 07/93, que estabelece as ações capazes de diminuir, eliminar, prevenir e intervir sobre problemas sanitários decorrentes de produção e circulação de produtos e serviços, com o objetivo de proteção à saúde.

A VISA está vinculada a Divisão de Vigilância em Saúde dentro da SMS, que fornece a estrutura operacional para o desempenho das atividades pertinentes. Atualmente conta com 02 colaboradores e 01 veículo na Vigilância Sanitária, o que se pode considerar pouco, visto a grande quantidade de atividades que devem ser desempenhadas, o setor também desempenha as funções da vigilância ambiental, ficando as ações de contro de vetores, principalmente o *Aedes aegypti*, sob responsabilidade do setor de endemias, que possui 04 Agendes de combate a endemias – ACE.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador atua em conjunto com a Vigilância Sanitária, acompanhando inspeções e realizando as investigações pertinentes ao setor. Atualmente conta com apenas 01 colaborador.

Na gestão atual, devido a estimativa populacional, a VISA enquadra-se, na Pactuação com a Secretaria de Estado de Saúde – SESA, como Município do Elenco II, o que gera um rol de ações que devem ser executadas (Anexo I) e, mesmo com o numero reduzido de colaboradores, foi atingido 90% das metas estaduais estipuladas nos últimos anos, mas muitas coisas ficaram a desejar, como capacitações para população, controle mais eficaz de manipuladores de alimentos, controle de produtos, investigação de acidentes de trabalho, programas ambientais e atrasos em vistorias de rotina, devido a grande demanda e a equipe reduzida.

3. ANÁLISE FINANCEIRA

Os custeios das ações, colaboradores e insumos da VISA se dão pelo repasses financeiros feitos pelo Estado e União, conforme Portaria Nº 475/GM/MS de 31 de março de 2014, e pelo recurso municipal, adquiridos através das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária.

3.1. RECURSOS DA UNIÃO E ESTADO

Conforme Resolução 616/2015 da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná – SESAPR, o Estado repassa recursos para o Município, baseando este em critérios epidemiológicos, como Mortalidade Infantil e Controle do *Aedes aegypti*, e o Fator de Redução das Desigualdades Regionais, conforme portaria 237/12 da SESAPR.

3.1.1 UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DA UNIÃO E ESTADO

• RECURSOS HUMANOS

No que concerne a recursos humanos, desde que para alcançar as metas pactuadas na PAVS, poderá ser aplicado em:

1. Contratação de recursos humanos para desenvolver atividades exclusivas de vigilância sanitária e controle do *Aedes aegypti*, ou outras, desde que o quantitativo extrapole o que foi acordado como contrapartida à época da certificação ;
2. Capacitações específicas na área;
3. Participação em Seminários, Congressos e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à Vigilância Sanitária;
4. Diárias para deslocamento de servidores para atividades inerentes à Vigilância, assim como para participação em eventos ligados a área.

• EQUIPAMENTOS, MATERIAIS PERMANENTES E CUSTEIO

Sempre tendo como diretriz as metas pactuadas, os seguintes itens podem ser adquiridos:

1. Veículos de transporte, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de Vigilância Sanitária;
2. Equipamentos que se fizerem necessários para estruturar a vigilância municipal, tais como: computador, impressora, fax, aparelho telefônico,

celular, projetor de imagem, retroprojetor, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, máquina fotográfica, etc;

3. Mesas, cadeiras, armários, mesas para computador;
4. Aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos, e publicações da área;
5. Equipamentos de Proteção Individual.

- **MATERIAL DE CONSUMO**

1. Combustível para abastecer os veículos que atuam na Vigilância Sanitária;
2. Caixa térmica, termômetro, bobinas de gelo reciclável, e outros insumos da rede de frio para imunizações;
3. Material de expediente;

- **SERVIÇOS DE TERCEIROS**

1. Pagamento de provedor de Internet para viabilizar o envio de bancos de dados à SES, pesquisa e troca de informações técnicas;
2. Manutenção de veículos e de equipamentos;
3. Alimentação para situações especiais (campanhas, mutirões, etc...);
4. Contratação de locais para eventos (seminários, capacitações, etc...).

- **O RECURSO NÃO PODE SER APLICADO EM:**

1. Contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica, mesmo se voltadas para a atenção básica, por exemplo: pagamento de médicos/ enfermeiros para atendimento à pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, AIDS. Embora estes agravos estejam contemplados na PPI-VS, no que concerne à assistência médica, devem ser utilizados os recursos do tesouro nacional e transferências governamentais, como o PAB (Piso de Atenção Básica);
2. Compra de inseticidas, imunobiológicos, medicamentos, kits de laboratório, já que estes materiais classificam-se como insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo Ministério da Saúde/SVS;
3. Pagamento de quaisquer atividades que não estejam vinculadas às ações de vigilância em saúde.

3.2 RECURSOS MUNICIPAIS

Em 2016 fora aprovado o reajuste nos valores das Taxas de Vigilância Sanitária, que agora são regulamentadas pela Lei Municipal Complementar 135/2016, art. 6º, anexo V. Os valores são calculados com o valor da Unidade Fiscal do Município – UFM, que atualmente corresponde a R\$ 74,53.

Os procedimentos que geram taxas são:

- Ingresso ou Baixa de Responsabilidade Técnica – 02 UFM
- Baixa ou encerramento de atividades – 02 UFM
- Licenciamento de barracas em festas, valido somente para o evento – 01 UFM
- Licenciamento de Ambulantes em festas, valido somente para o evento – 0,55 UFM
- Licença para veículos – 01 UFM
- Licença anula para vendedores ambulantes – 01 UFM
- Taxa de Vistoria e Licença eventual – 0,35 UFM
- Multa por infração leve, por item – 04 UFM
- Multa por infração grave, por item – 08 UFM
- Multa por infração gravíssima, por item – 13 UFM

Do valor Recebido pelas taxas e multas, apenas 40% são destinados ao fundo municipal de Vigilância Sanitária.

4. META DE AÇÕES DA VISA

As atividades, metas anuais e setores responsáveis estão relacionados a seguir:

4.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

- **Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.**

DESCRIÇÃO: Manter dados do número de imóveis existentes atualizados. Realizar 3 (três) levantamentos de índice rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA). Realizar visitas domiciliares para eliminação de criadouros de *Aedes aegypti*, conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais de Controle da Dengue. Desenvolver estratégias para redução do índice de pendências ocasionadas por imóveis fechados ou recusa do morador à entrada do ACE.

META: Pelo menos, 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de Campo (pranchetas, canetas, lápis e impressos), Material para coleta de amostras (frascos, pinças, luvas, etc.).

- **Realizar supervisão de campo das atividades de controle vetorial da dengue.**

DESCRIÇÃO: Realizar supervisão de campo nas formas direta e indireta, semanalmente, em um percentual dos imóveis visitados pelo agente no período.

META: Realizar supervisão de campo, em 10% dos imóveis visitados pelo agente no período de uma semana.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte.

- **Realizar Levantamento de Índice de Infestação da dengue.**

DESCRIÇÃO: Realizar levantamento de Índice de Infestação a fim de monitorar a introdução vetorial e infestação.

META: 3 levantamentos de índice e 24 visitas aos Pontos Estratégicos (PE) durante o ano.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório (computadores, mesas, canetas, impressos, etc.), acesso à internet.

- **Realizar investigação entomológica das unidades domiciliares infestadas por Triatomíneos.**

DESCRIÇÃO: Realizar investigação entomológica nas unidades domiciliares infestadas por triatomíneos, comunicação feita por vigilância passiva ou ativa, conforme Nota Técnica MS nº36 ou outra que a substituir

META: 100% das unidades domiciliares infestadas por Triatomíneos forem pesquisadas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material para coleta de amostras, Material de campo e Material de escritório.

- **O monitoramento de circulação viral em morcegos, gatos e mamíferos silvestres é importante para realizar as ações de controle e prevenção.**

DESCRIÇÃO: Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos e outras espécies de mamíferos enviando amostra do animal, com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.

META: Atender 100% da demanda, enviando amostras de morcegos, gatos e mamíferos silvestres com suspeita de raiva para diagnóstico laboratorial.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de Campo e Material para coleta de amostras.

- **Realizar monitoramento de animais peçonhentos de importância médica.**

DESCRIÇÃO: Encaminhar sistematicamente amostras para identificação de animais

peçonhentos, causadores ou não de acidentes.

META: Enviar por meio da Regional de Saúde para a Divisão de Vigilância Zoonoses e Intoxicações da Superintendência de Vigilância em Saúde para identificação taxonômica 100% dos casos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de Campo e Material para coleta de amostras.

- **Realizar ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA.**

DESCRIÇÃO: Atividades de amostragem e envio para o laboratório de referência e análise de campo para os parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

META: Cumprir de pelo menos 50% da meta referente ao parâmetro “Coliformes totais” e 100% da meta referente aos parâmetros “cloro residual livre” e “turbidez”, preconizado na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de Campo, Material para coleta de amostras, Material de escritório.

- **Realizar inspeção nas diversas formas de Abastecimento de Água (SAA, SAC e SAI).**

DESCRIÇÃO: Efetuar a inspeção/vistoria com o intuito de verificar nas diversas formas de abastecimento de água para consumo humano (SAA – Sistema de Abastecimento de Água; SAC Solução Alternativa Coletiva; e SAI – Solução Alternativa Individual), a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo a saúde individual ou coletiva e/ao meio ambiente, devendo o Setor de Vigilância utilizar de roteiro específico e os instrumentos legais pertinentes a cada situação.

META: Cumprimento de, pelo menos, uma inspeção anual nos Sistemas de Abastecimento de água – SAA, Soluções Alternativas Coletivas – SAC situadas em regiões não atendidas por SAA, existentes no município e cadastrados no SISAGUA.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte e Material de Campo.

- **Alimentar os dados referentes ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano no SISAGUA.**

DESCRIÇÃO: Trata-se do percentual de meses em que os dados foram inseridos dentro

do prazo estabelecido, sobre o Controle e a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, no ano de referência.

META: Atualizar 100% dos dados no SISAGUA referentes ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano até o último dia do mês subsequente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório e acesso à internet.

- **Realizar o atendimento a demanda e a reclamações relacionadas a fatores ambientais, que podem colocar em risco a saúde.**

DESCRIÇÃO: Disponibilizar canais apropriados para registro e encaminhamento de demandas expedidos de informações e reclamações referentes a ambientes determinantes e condicionantes de riscos à saúde advindos de fatores biológicos e não biológicos relacionados à: vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças, animais peçonhentos, zoonoses, água para consumo humano, solo, ar, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

META: Receber e efetuar o encaminhamento de 100% das denúncias e reclamações no mês.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Realizar inspeção de locais, instalações e ambientes determinantes e condicionantes de riscos à saúde relacionada a fatores ambientais.**

DESCRIÇÃO: Nas demandas e reclamações referentes a ambientes determinantes e condicionantes de riscos à saúde ambiental

META: Inspeccionar os locais e instalações de no mínimo 80% das denúncias e reclamações ocorridas no mês.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

4.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- **Elaborar e executar Plano de Ação de Vigilância Sanitária.**

DESCRIÇÃO: Planejamento anual das ações, conforme elenco norteador da Portaria 1106/2010 e Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA

META: Plano de Ação elaborado

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório.

- **Cadastrar os estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária.**

DESCRIÇÃO: Cadastro dos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária, consiste no levantamento mediante busca ativa de todos os estabelecimentos sob ação da vigilância sanitária no município.

META: Cadastro realizado.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório.

- **Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos do grupo 1 e 2 (Anexo I) conforme tabela do VIGIASUS.**

DESCRIÇÃO: Inspeção sanitária consiste em verificar, no estabelecimento, a existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, devendo o Setor de VISA utilizar a legislação sanitária pertinente a cada estabelecimento.

META: Inspeção de 100% dos estabelecimentos, conforme demanda municipal.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Analisar e aprovar projetos arquitetônicos em estabelecimentos sob vigilância sanitária.**

DESCRIÇÃO: A análise de projetos arquitetônicos consiste em verificar se o projeto de instalações físicas e fluxos de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária atendem à legislação sanitária vigente.

META: 100 % projetos arquitetônicos analisados e aprovados, conforme demanda.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Realizar ações de cumprimento de legislação antifumo.**

DESCRIÇÃO: Consiste em inspecionar estabelecimentos, locais e recintos de uso coletivo, para fins de verificar o cumprimento da proibição do uso de cigarro e derivados do tabaco e outros produtos fumígenos em ambientes total ou parcialmente fechados, notificando no Sistema da Secretaria de Estado da Saúde.

META: Inspecionar pelo menos 90% dos estabelecimentos, locais e recintos de uso coletivo.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte e Material de Campo.

- **Realizar a investigação e notificação dos surtos relacionados a consumo de alimentos, em conjunto com a vigilância epidemiológica.**

DESCRIÇÃO: Consiste, em ação conjunta com a vigilância epidemiológica, da realização do registro no SINAN dos surtos relacionados a alimentos, bem como a investigação com coleta dos alimentos envolvidos para análise no Lacen e a sua conclusão.

META: Notificação no SINAN e investigações de todos os surtos relacionados a alimentos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo, Material de coleta e acesso à internet.

- **Realizar ações de informação, educação e comunicação em Vigilância Sanitária.**

DESCRIÇÃO: Consiste em desenvolver ações que promovam a produção e disseminação da informação em Vigilância Sanitária, bem como atividades educativas para a população e setor regulado – em caráter de orientação e informação – além da comunicação do risco sanitário de produtos e serviços para a população.

META: Realização de pelo menos 02 ações de informação, educação e comunicação em vigilância sanitária.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório e Material de Campo.

- **Atender e acolher notificações, denúncias e reclamações relacionadas ao risco em Vigilância Sanitária.**

DESCRIÇÃO: Consiste em disponibilizar canais apropriados para registro e encaminhamento de notificações de eventos adversos e queixas técnicas bem como atender pedidos de informações e reclamações referentes a temas de Vigilância Sanitária.

META: Atendimento de 100% das notificações, denúncias e reclamações que entram no ano.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Qualificar servidores da vigilância sanitária.**

DESCRIÇÃO: Realizar a educação continuada ou permanente de servidores da vigilância

sanitária ou possibilitar que os mesmos participem de processos de qualificação profissional promovidos pela Secretaria de Estado da Saúde ou ANVISA.

META: Realizar e/ou disponibilizar meios para que servidores façam pelo menos 40hs de cursos e/ou capacitações.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte e Material de escritório.

- **Cadastro e monitoramento no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC.**

DESCRIÇÃO: Consiste em cadastrar os servidores de Visa no SNGPC e monitorar os registros de escrituração de produtos controlados e outros sob controle especial de farmácias de manipulação e drogarias, no âmbito do território.

META: Cadastro no SNGPC de todos os técnicos de vigilância sanitária que realizam ações referentes a medicamentos controlados e Antimicrobianos, bem como monitoramento dos dados no Sistema.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório e Acesso a Internet

- **Realizar ações do Programa Leite das Crianças.**

DESCRIÇÃO: Realizar coleta de amostras de leite para as análises, realizadas e agendadas pelo Lacen; Realizar 4 inspeções nos pontos de transporte, distribuição e redistribuição do leite fornecido pelo Programa por mês.

META: Realizar pelo menos 90% das vistorias e 100% das coletas agendadas pelo LACEN.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Cadastramento de amostras do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.**

DESCRIÇÃO: Cadastrar todas as amostras a serem enviadas ao Lacen/PR no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, sendo: GAL – Amostras biológicas; GAL/Ambiental – Amostras de Água de Consumo Humano.

META: Cadastro de 100% das amostras.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório e Acesso a internet.

- **Envio de amostras ao LACEN/PR atendendo aos requisitos de aceitação de Amostras.**

DESCRIÇÃO: Encaminhar amostras ao LACEN/PR atendendo aos requisitos de aceitação de amostras segundo o Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao LACEN/PR e Manual de Coleta e Envio de Amostras de Vigilância Sanitária e Ambiental ao LACEN/PR.

META: Aceitação de 100% das amostras encaminhadas ao LACEN/PR, segundo os requisitos de aceitação.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório, Material de Coleta e Acesso a Internet.

4.3 VIGILÂNCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR

- **Elaborar o Diagnóstico de Situação da Saúde do Trabalhador do município.**

DESCRIÇÃO: O Diagnóstico de Situação de Saúde do Trabalhador é um documento que norteia o planejamento das ações em Saúde do Trabalhador no município.

META: Elaboração do Diagnóstico.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório.

- **Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves e fatais.**

DESCRIÇÃO: Os acidentes de trabalho que resultam em óbitos, amputações e outras lesões graves deverão ser investigados pela equipe de vigilância do município para a intervenção na causa que gerou o acidente.

META: Realizar 100% das ocorrências.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

- **Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador Adolescente.**

DESCRIÇÃO: Identificar e acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil. Cumprir o Termo de Cooperação Técnica estabelecido entre a SESA e o MPT.

META: Acionar a rede de combate ao trabalho infantil em 100% dos casos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Material de escritório.

- **Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho.**

DESCRIÇÃO: No Paraná foram eleitos os ramos de construção civil, trabalho rural e frigoríficos como prioritários para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. As ações devem prever inspeções em ambientes e processos de trabalho, a organização da assistência aos trabalhadores, ações de prevenção e a participação do controle social.

META: Realizando inspeções sanitárias de ambientes e processos de trabalho em 90% dos estabelecimentos sob responsabilidade da VISA Municipal.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Veículo para transporte, Material de escritório e Material de Campo.

5. METAS DE ESTRUTURAÇÃO

Consiste nas metas que darão suporte para o desempenho das ações da VISA.

5.1 ESTRUTURA LEGAL

- **Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.**

DESCRIÇÃO: Todos os profissionais que atuam na VISA devem estar investidos legalmente como Autoridades Sanitárias, para que possam praticar todos os atos legais relacionados a VISA.

META: 100% dos colaboradores investidos como Autoridade Sanitária.

ITENS NECESSÁRIOS: Apoio dos Gestores e Conselho de Saúde.

- **Aprovação do Código Municipal de Vigilância em Saúde.**

DESCRIÇÃO: Aprovação do código pelo Conselho Municipal de Saúde e publicação da lei que o instaura.

META: aprovação do código.

ITENS NECESSÁRIOS: Apoio da Câmara Municipal, Conselho Municipal de Saúde e Setor Jurídico da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande

5.2 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E OPERACIONAL

- **Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.**

DESCRIÇÃO: Realizar a atualização do cadastro, por ramo de atividade, das empresas de interesse a VISA.

META: Cadastro de todas as empresas.

ITENS NECESSÁRIOS: Apoio do setor de Arrecadação e Alvará da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande, computadores e rede de internet.

- **Criação do grau de risco sanitário para estabelecimentos do município.**

DESCRIÇÃO: Classificar o risco oferecido à saúde de cada ramo de atividade.

META: Classificar todos os ramos de atividades existentes no município.

ITENS NECESSÁRIOS: Apoio do setor de Arrecadação e Alvará da Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande, computadores e rede de internet.

5.3 GESTÃO DE PESSOAS

- **Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.**

DESCRIÇÃO: Planejar, junto à Gestão, a contratação de mais funcionários para atuar na VISA, visto que, devido ao crescimento do Município, atualmente encontra-se com número insuficiente de colaboradores.

META: Contratação de mais Colaboradores.

- **Plano de Capacitação.**

DESCRIÇÃO: Fornecer capacitações para funcionários da VISA, e estimular a participação em cursos e palestras ofertadas pelo Estado ou União.

META: Cumprir, no mínimo, 40hs de atividades de Capacitação.

- **Qualificação dos gestores.**

DESCRIÇÃO: Realizar a formação de gestores que entendam a dinâmica de gestão da VISA no Município e no SUS.

META: Capacitação dos Gestores.

5.4 FORTALECIMENTO DA GESTÃO

- **Participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação.**

DESCRIÇÃO: Participar de reuniões Municipais e Estaduais, para garantir apoio e recursos para realização das ações da VISA.

META: Participar de todas as reuniões de interesse da VISA.

- **Monitoramento e avaliação do PDVISA.**

DESCRIÇÃO: Garantir o cumprimento das ações propostas no PDVISA, realizando uma análise do desempenho durante o exercício.

META: Realizar avaliação das Metas anuais.

5.5 RECURSOS FINANCEIROS

- **Verificar mensalmente a situação financeira do setor.**

DESCRIÇÃO: Trabalhar em conjunto com Conselho Municipal de Saúde e Setor de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

META: Garantir prestação de conta dos setores responsáveis.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do PDVISA proporciona uma ampla visão da realidade da VISA, mostra pontos que devem ser revisados e melhorados, para que se possa atuar de forma consistente, sempre em prol da saúde e qualidade de vida da população.

7. QUADRO DE COLABORADORES

Nome	Cargo	Formação	Vínculo	Carga Horária
Nelceli Bento Garcia	Coordenadora da Vigilância em Saúde	Enfermeira	Estatutária	40
Edson José de Oliveira Filho	Coordenador da Vigilância Sanitária	Biomedicina	Estatutário	40
Wanderley Antonio Martins	Auditor Fiscal	Contábeis	Estatutário	40
Juliano Mota Volinger	Coordenador da Vigilância em Saúde do Trabalhador	Tec. Enfermagem	Estatutário	40

Edson J. de Oliveira Filho
Coord. Vig. Sanitária
SMS/FRG

Nelceli Bento Garcia
Coordenadora Vig. Em Saúde
SMS/FRG

Rejomar Andrade
Secretário Municipal de Saúde
SMS/FRG

8. BIBLIOGRAFIA

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA, versão 1.2, 25 julho de 2007;

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO PARANA. PORTARIA 616/2015.

IBGE – <http://www.ibge.gov.br/home/>, em 02/09/2015, as 15:00 horas.

CÓDIGO TRIBUTARIO MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE. LEI Nº 195/2003
de 23 de dezembro de 2003.

SESA – <http://www.saude.pr.gov.br>, em 02/09/2015, as 15:30 horas.

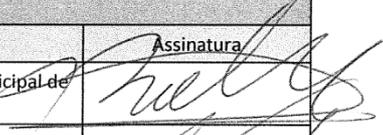
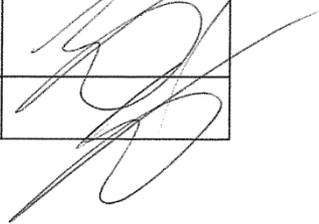
5.3 ANEXO - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DO
**MEIO
AMBIENTE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE/PR
Secretaria Municipal de Meio Ambiente
Rua Tenente Sandro Luiz Kampa - Fone (41) 3608-7124

TERMO DE REFERÊNCIA PARA ELABORAÇÃO DE PLANOS DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS)

IDENTIFICAÇÃO

ESTABELECIMENTO:			
Unidade:	Secretaria Municipal de Saúde		
Endereço completo (Logradouro, nº., bairro):	Av. Francisco Claudino dos santos, 430, Pioneiros – Fazenda Rio Grande PR	Telefone:	41-3608-7450
Endereço eletrônico:			
Horário de Funcionamento:	08:00 – 12:00 e 13:00 – 17:00 de segunda a sexta-feira	Nº de Funcionários:	57
Responsável pela implantação e manutenção do PGRS no empreendimento:	Edson J. de Oliveira Filho	Área Construída:	120m ²
RESPONSÁVEIS:			
Nome da Autoridade Sanitária:	José Roberto Zanchi	Matricula/Setor/COREN:	Secretário Municipal de Saúde
Endereço:	Francisco Claudino dos Santos, 430 – Fazenda Rio Grande / PR	Telefone:	41-3608-7450
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS:			
Responsável	Nome	Cargo	Assinatura
Pela Unidade:	José Roberto Zanchi	Secretário Municipal de Saúde	
Pela implantação e manutenção do PGRS no empreendimento:	Edson J. de Oliveira Filho	Coord. Vigilância Sanitária	
Técnico pela elaboração do PGRSS:	Edson J. de Oliveira Filho	Coord. Vigilância Sanitária	

MANEJO DOS RESÍDUOS GERADOS		
Grupo A – Infectantes		
Grupo de Resíduos	A - Infectantes	Gera este resíduo: () Sim (X) Não <i>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</i>
Resíduos gerados		
Pontos de geração		
Forma de acondicionamento		
Quantificação dos resíduos		
Coleta externa		
Tratamento externo		
Disposição final		

Conforme Anexo I da Resolução CONAMA Nº 358/2005 e Apêndice I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306/2004 (ANVISA) são Resíduos do Grupo A:

"I - GRUPO A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

a) A1

1. culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;
2. resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
3. bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
4. sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

b) A2

1. carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

c) A3

1. peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

d) A4

1. kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;
2. filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;
3. sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com prions;
4. resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;
5. recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
6. peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica;
7. carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações; e
8. bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

e) A5

1. órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com prions."

MANEJO DOS RESÍDUOS GERADOS

Grupo B – Químicos

Grupo de Resíduos	B - Químicos	Gera este resíduo: () Sim (X) Não <i>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</i>
Resíduos gerados		
Pontos de geração		
Forma de acondicionamento		
Quantificação dos resíduos		
Coleta externa		
Tratamento externo		
Disposição final		

Conforme Anexo I da Resolução CONAMA Nº 358/2005 e Apêndice I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306/2004 (ANVISA) são Resíduos do Grupo B:

"II - GRUPO B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

a) produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;

b) resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;

c) efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);

d) efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; e

e) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBH-10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos)."

MANEJO DOS RESÍDUOS GERADOS

Grupo C - Radioativos

Grupo de Resíduos	C - Radioativos	Gera este resíduo: () Sim (X) Não <small>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</small>

Caso gere, apresentar cópia da Licença Sanitária emitida pela SESA-PR, com data de validade vigente (ou protocolo de solicitação de renovação).

Conforme Anexo I da Resolução CONAMA Nº 358/2005 e Apêndice I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306/2004 (ANVISA) são Resíduos do Grupo C:

"III - GRUPO C: Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. O) enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação".

MANEJO DOS RESÍDUOS GERADOS

Grupo D – Comuns (não recicláveis)

Grupo de Resíduos	D – Comuns (não recicláveis)	Gera este resíduo: (X) Sim () Não <i>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</i>
Resíduos gerados	<i>Papel Toalha, resíduos de alimentação dos funcionários, papel higiênico</i>	
Pontos de geração	<i>Cozinha, Banheiros e salas.</i>	
Forma de acondicionamento	<i>Lixeiras identificadas.</i>	
Quantificação dos resíduos	<i>50 kg mensais</i>	
Coleta externa	<i>Coleta Urbana de resíduos – INOVA, 3 vezes por semana</i>	
Tratamento externo		
Disposição final	<i>Aterro Sanitário licenciado.</i>	

Grupo D – Comuns (recicláveis)

Grupo de Resíduos	D – Comuns (recicláveis)	Gera este resíduo: (X) Sim () Não <i>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</i>
Resíduos gerados	<i>Caixas de papelão, plásticos, embalagens em geral.</i>	
Pontos de geração	<i>Salas e cozinha</i>	
Forma de acondicionamento	<i>Lixeiras identificadas.</i>	
Quantificação dos resíduos	<i>20 kg mensais</i>	
Coleta externa	<i>Coleta Urbana – INOVA – 3 vezes por semana.</i>	
Tratamento externo		
Disposição final	<i>Aterro Sanitário.</i>	

Conforme Anexo I da Resolução CONAMA Nº 358/2005 e Apêndice I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306/2004 (ANVISA) são Resíduos do Grupo D:

- "IV - GRUPO D: Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.*
- a) papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipa de soro e outros similares não classificados como A1;*
- b) sobras de alimentos e do preparo de alimentos;*
- c) resto alimentar de refeitório;*
- d) resíduos provenientes das áreas administrativas;*
- e) resíduos de varrição, flores, podas e jardins; e*
- f) resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde."*

MANEJO DOS RESÍDUOS GERADOS

Grupo E – Perfurocortantes

Grupo de Resíduos	E - Perfurocortantes	Gera este resíduo: () Sim (X) Não <small>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</small>
Resíduos gerados		
Pontos de geração		
Forma de acondicionamento		
Quantificação dos resíduos		
Coleta externa		
Tratamento externo		
Disposição final		

Conforme Anexo I da Resolução CONAMA Nº 358/2005 e Apêndice I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306/2004 (ANVISA) são Resíduos do Grupo E:

"V - GRUPO E: Materiais perfurocortantes ou escarifi cantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e laminulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares."

EMPRESA(S) TERCEIRIZADA(S)

DADOS:

Razão Social / CNPJ	Endereço Completo	Nome do Responsável Técnico / Conselho de Classe / Nº de Registro	Nº da Licença Ambiental / Órgão Licenciador

ROTINA DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

Existe Rotina de Limpeza e Higienização: () Sim () Não

* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.

ROTINA DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DOS RECIPIENTES DE ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS:

Equipamento / Área	Frequência de Limpeza	Produtos Utilizados	EPI's Utilizados	Procedimentos de Limpeza
Recipientes de Acondicionamento lixo comum	Quinzenalmente	Sabão líquido e álcool 70%	Luvas descartáveis	Auxiliar de limpeza realiza limpeza com produtos indicados
O efluente da lavagem dos recipientes e do abrigo é direcionado para a rede coletora de esgoto?		(X) Sim () Não	Se não, para onde é encaminhado:	

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS/EFLUENTES COM CARACTERÍSTICAS NÃO-DOMÉSTICAS

Possui Laudo de Anuência para lançamento de efluentes de características não-domésticas na rede de esgoto, emitido pela SANEPAR?	() Sim (X) Não
Em caso de não possuir, solicitar à SANEPAR o Laudo.	

CAPACITAÇÃO

O estabelecimento desenvolve cursos de capacitação e treinamento de forma continuada, referente ao gerenciamento de resíduos?	(X) Sim () Não * Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.
Qual é a frequência destes cursos?	Anual
Responsável pela capacitação:	Setor de Vigilância em Saúde
Descreva sucintamente os conteúdos abordados:	Tipos de Resíduos, formas de acondicionamentos e Segurança do trabalho

CARACTERÍSTICAS DO ABRIGO PARA ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Existe abrigo para armazenamento dos resíduos?	() Sim (x) Não <i>* Se assinalar sim, complete o quadro abaixo.</i>	
Quais tipos de resíduos são armazenados	<input type="checkbox"/> Grupo A/E - Infectantes/perfurocortantes <input type="checkbox"/> Grupo B – Químicos <input type="checkbox"/> Grupo C – Radioativos <input type="checkbox"/> Grupo D – comum (não-reciclável) <input type="checkbox"/> Grupo D – comum (reciclável)	
O abrigo possui identificação dos tipos de resíduos armazenados?	() Sim () Não	
Os pisos e paredes são revestidos de material liso, lavável e impermeável?	() Sim () Não	Cite o material utilizado:
Possui cobertura?	() Sim () Não	Cite o material utilizado.
Possui ralo?	() Sim () Não	É ligado a rede de esgoto?
Tem ventilação?	() Sim () Não	() Sim () Não
Tem iluminação?	() Sim () Não	De que forma?
Possui porta com sistema de fechamento?	() Sim () Não	De que forma?
Deverá apresentar fotos do abrigo de armazenamento dos resíduos, vistas interna e externa, orientamos que este abrigo de resíduos deve atender a legislação da ANVISA RDC 306/2004.		

CRONOGRAMA COM PROPOSTAS DE ADEQUAÇÕES

** Se há previsão de Adequações, complete o quadro abaixo.*

Adequações que necessitam ser realizadas	Ações a serem executadas	Prazo para iniciar as adequações	Prazo para finalizar as adequações
Construção de novo abrigo externo	Em processo de adequação, solicitado a construtora responsável pela reforma do prédio.		03 meses

Observações Importantes:

- Este Termo de Referência é uma orientação para a elaboração do PGRSS e deve apresentar no mínimo os dados solicitados nesse documento, podendo ser complementado com outras informações consideradas relevantes;
- O PGRSS deve ser elaborado por profissional ou equipe técnica devidamente habilitada, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART ou Certificado/Declaração de Função Técnica do respectivo conselho de classe;
- O PGRSS deve ser apresentado de forma digitalizada;
- O PGRSS deve constar data de elaboração e as assinaturas dos responsáveis pelo PGRSS e pelo estabelecimento;
- Quando solicitadas complementações, estas deverão ser apresentadas diretamente a Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Fazenda Rio Grande, em um prazo máximo de 60 dias, após notificação.
- Uma vez aprovado não será necessário apresentá-lo novamente, exceto se houver mudanças que afetem o PGRSS, tais como: alteração de atividade, ampliação de serviço, alteração de tecnologia, mudança de endereço, ou quando solicitado pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente. No caso de reapresentação do plano, protocolar o PGRSS completo, não somente as considerações com o realto das alterações;
- Os seguintes documentos devem estar presentes em anexo no PGRSS: (quando couber)
 - Contrato(s) com a(s) empresa (s) terceirizadas(s) com validade vigente;
 - Certificado(s) de tratamento e destinação final, emitido(s) pela(s) empresa(s) terceirizada(s) (dos últimos seis meses para estabelecimentos em operação);
 - Licença Sanitária do estabelecimento ou protocolo de solicitação de renovação;
 - Anotação ou Declaração de Responsabilidade Técnica pela Elaboração do PGRSS;

Considerações adicionais:

Para servir como subsídio à elaboração do PGRSS, sugere-se consultar leis, normas e referências bibliográficas sobre o assunto, a critério de destaque temos:

Lei Federal nº 6.938, de 31 de agosto de 1981 – Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação;

Lei Federal nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 – Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências;

Lei Federal nº 12.305, de 02 de agosto de 2010 – Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências;

Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de 2001 – Estabelece o código de cores para os diferentes tipos de resíduos, que deve ser adotado na identificação dos coletores e transportadores, e também em campanhas Informativas para a coleta seletiva;

Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 – Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências;

Lei Estadual nº 12.493, de 22 de janeiro de 1999 – Estabelece princípios, procedimentos, normas e critérios referentes a geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos no Estado do Paraná, visando controle da poluição, da contaminação e a minimização de seus impactos ambientais e adota outras providências;

Decreto Estadual 6.674, de 03 de dezembro de 2002 – Aprova o Regulamento da Lei nº 12.493, de 1999, que dispõe sobre princípios, procedimentos, normas e critérios referentes à geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destinação final dos Resíduos Sólidos no Estado do Paraná, visando o controle da poluição, da contaminação e a minimização de seus impactos ambientais e adota outras providências;

Lei Estadual nº 16.322, de 18 de dezembro de 2009 – Dispõe que é de responsabilidade das indústrias farmacêuticas, das empresas de distribuição de medicamentos e das farmácias, drogarias e drugstores, darem destinação final e adequada aos produtos que estejam com prazos de validade vencidos ou fora de condições de uso;

Decreto Municipal nº 1.664, de 16 de janeiro de 2007 – Dispõe sobre a Coleta, o Transporte, o Tratamento e a Disposição Final dos Resíduos Sólidos no Município de Fazenda Rio Grande;

Lei Municipal nº 749, de 02 de junho de 2010 – Dispõe sobre a instalação de receptores para descarte de resíduos sólidos potencialmente perigosos à saúde e ao meio ambiente;

Lei Municipal nº 891, de 01 de junho de 2012 – Institui a obrigatoriedade de instalação de lixeiras ambientais para coleta de lixo em condomínios, edifícios e comércio para a emissão do atestado de conclusão de obra e dá prazo para instalação nos imóveis já construídos.

Lei Municipal nº 967, de 17 De Junho De 2013 – Institui o Código Sanitário do Município De Fazenda Rio Grande, Paraná.

Norma da ABNT – NBR 1.183 – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos;

Norma da ABNT – NBR 7.500 – Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de materiais;

- Norma da ABNT – NBR 9.190 – Classificação de sacos plásticos para acondicionamento de lixo; ■
- Norma da ABNT – NBR 9.191 – Especificação de sacos plásticos para acondicionamento de lixo;
- Norma da ABNT – NBR 10.004 – Resíduos Sólidos – Classificação;
- Norma da ABNT – NBR 12.235 – Procedimentos para o Armazenamento de Resíduos Sólidos Perigosos;
- Norma da ABNT – NBR 12.807 – Resíduos de serviços de saúde — Terminologia
- Norma da ABNT – NBR 12.809 – Resíduos de serviços de saúde — Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde intraestabelecimento
- Norma da ABNT – NBR 12.810 – Coleta de resíduos de serviços de saúde – Procedimento -
- Norma da ABNT – NBR 12.808 – Resíduos de serviço de saúde – Classificação
- Norma da ABNT – NBR 13.221 – Transporte terrestre de resíduos
- Norma da ABNT – NBR 13.853 – Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio
- ABNT NBR 14652 – Implementos rodoviários — Coletor-transportador de resíduos de serviços de saúde — Requisitos de construção e inspeção
- Norma da ABNT 14.725 – Produtos químicos - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente

5.4 ANEXO - PORTARIA Nº 2488 DE 21 DE OUTUBRO DE 2011; ACERCA A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



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).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I -10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável -Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 -Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

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

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

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

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

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

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

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

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

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

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes

da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

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

DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

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

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

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

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;

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

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

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

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

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

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

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

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

XIII - estimular a participação popular e o controle social.

Compete ao Ministério da Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

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

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

III - ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios;

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

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

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

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

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

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

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

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

II - as Unidades Básicas de Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; 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 encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

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

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

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

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

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

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

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

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

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

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

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

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

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

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

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

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

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

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

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

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

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

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

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

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

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

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

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

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

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

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

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

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

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

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

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

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

XV - participar das atividades de educação permanente;

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

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

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

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 GM/MS 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 GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015](#))

XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015](#))

XXII- discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015](#))

XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015](#))

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Das atribuições específicas

Do enfermeiro:

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

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

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

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

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

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

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

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

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

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

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

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

Do Médico:

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

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

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

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

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

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

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

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

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

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

IX - ocorrendo 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 nº 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 a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

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

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

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

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

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

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

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

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

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

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

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

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

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

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

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

Especificidades da Estratégia de Saúde da Família.

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

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

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

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

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

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

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

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

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

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

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

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com re-passe mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

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

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

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

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

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

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

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este

profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico e preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

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

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

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

Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

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

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

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

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

Equipes de atenção básica para populações específicas

1. Equipes do consultório na rua

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense

Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

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

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

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) microscopista, nas regiões endêmicas.

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

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

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF pode atuar mais de uma ESFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II - nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

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

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

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

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

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

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

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

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

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas con-forme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em 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 aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

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

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

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

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

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

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

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

responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

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

Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

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

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

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

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

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

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

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

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

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico

Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde 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 apóiam.

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

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde.

Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

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

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

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

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

I -definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF

estiverem vinculados; propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

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

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

Programa Saúde na Escola

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

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

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

III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e coresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa.

Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do bloco de atenção básica:

1. Implantação e Credenciamento

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

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

II - aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após

a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

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

IV - solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

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

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

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

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

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

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

2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica

Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

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

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

C) NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família: o número máximo de NASF 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 normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

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

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

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

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

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

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

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

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

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

O financiamento federal desta política é composto por:

A) Recursos per capita;

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

C) Recursos de investimento;

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

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

A) Recurso per capita

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

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

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

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde e Recurso de Estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

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

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

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

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

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

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

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

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 - Pronasci.

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

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

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

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

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

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

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

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Programa de melhoria de acesso e da qualidade.

Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

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

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

2. Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

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

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

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

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

3. Equipes Consultório na Rua

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

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

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

4. Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros.

5. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

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

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

O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas.

Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem :

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

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

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D

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

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

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

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

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

Especificamente para as equipes de saúde da família com os profissionais de saúde bucal:

As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

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

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

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

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

Especificamente para os Consultórios na Rua:

Ausência de vinculação a Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

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

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

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

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

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

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

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

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

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

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

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

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

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

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

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

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

II- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

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

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

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

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

IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO III

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

UF: _____ MUNICÍPIO: _____ CÓDIGO IBGE: _____
 _____ COMPETÊNCIA(S): _____ TIPO DE INCENTIVO: _____ ESF ()
) _____ ACS () _____ ESB mod. _____ I () _____ II ()
) _____ UOM () _____ ESFPR () _____ ESFPRSB ()
) _____ ESFF () _____ ESFFSB () _____ NASF tipo _____ I ()
) _____ II () _____)
 CÓDIGO DO CNES: _____ IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____
 MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SISTEMA: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	CPF

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

TIPO DE INCENTIVO: Marcar se é relativo à equipe de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, equipe de Saúde Bucal modalidade I ou II, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha com Saúde Bucal, equipe de Saúde da Família Fluvial, equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.
 CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior.
 CPF: Informar o CPF dos profissionais das Equipes que foram suspensas.
 DATA: ____/____/____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____ SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO:

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

5.5 ANEXO - LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 –
ACERCA O FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

[Mensagem de veto](#)

[\(Vide Decreto nº 7.827. de 2012\)](#)

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 transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do [§ 3º do art. 198 da Constituição Federal](#):

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no [art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do [art. 200 da Constituição Federal](#), do [art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

CAPÍTULO III

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea “b” do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no [§ 2º do art. 198 da Constituição Federal](#), já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no [§ 3º do art. 164 da Constituição Federal](#) são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), de forma a atender os objetivos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para

transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no [inciso VI do art. 71 da Constituição Federal](#), observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no [inciso VI do art. 71 da Constituição Federal](#), observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), na [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), e na [Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005](#), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do [inciso X do art. 167 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade

ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos [incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal](#) ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#).

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento

das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das

prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o [§ 3º do art. 165 da Constituição Federal](#).

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos [arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), o cumprimento do disposto no [art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar](#).

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos [arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no [art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o [§ 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o [Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 \(Código Penal\)](#), a [Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950](#), o [Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967](#), a [Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992](#), e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o [§ 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e o [art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993](#).

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191^ª da Independência e 124^ª da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eva Maria Cella Dal Chiavon

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 16.1.2012

5.6 ANEXO – APROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. **Constituição Federal**, art. 165, parágrafo 2º.

CONSELHO NACIONAL DE SERVIDORES DA SAÚDE; **Guia de Apoio a Gestão Estadual do SUS**; Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6-Cobertura-ESF-e-ESB.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2017.

IBGE; Panorama; Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/fazenda-rio-grande/panorama>> - Acesso em 11 de setembro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Pela Saúde** – disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>> Acesso em 15/09/17.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, **O que é PPA** – Disponível em <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/planejamento-governamental/plano-plurianual-ppa/o-que-e-o-ppa>> - Acesso em 15/09/2017.

QUECONCEITO; **Morbimortalidade**; São Paulo. Disponível em: <<http://queconceito.com.br/morbimortalidade>>. Acesso em: [data-na-qual-o-artigo-foi-visto] – Acesso em 17 de outubro de 2017.

TREASY – PLANEJAMENTO E CONSULTORIA; **O que é Planejamento Orçamentário e tudo o que você precisa para definir o melhor futuro financeiro para sua empresa** – Disponível em <<https://www.treasy.com.br/blog/o-que-e-planejamento-orcamentario>> - Acesso em 15/09/2017.